



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

OMAISSYHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN

Miesten suljetulla oikeuspsykiatrisella vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastolla

TEKIJÄ/T: Veera Laukkanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Veera Laukkanen			
Työn nimi Omaisyyhteistyön kehittäminen miesten suljetulla oikeuspsykiatrisella vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastolla.			
Päiväys	14.1.2018	Sivumäärä/Liitteet	55/3
Ohjaaja(t) Marja-Liisa Rissanen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Niuvanniemen sairaala			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Mielenterveystyössä omaisten hoitoon mukaan ottaminen on oleellinen osa potilaan kokonaishoitoa. Akuutissa sairastumisen vaiheessa omaisten kanssa luodaan luottamuksellinen yhteistyösuhde ja heitä tulisi tukea tässä kriisiä muistuttavassa tilanteessa. Omaisille tulisi hoidon aikana antaa tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta sekä sairauteen vaikuttavista tekijöistä.</p> <p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli saada kehitettyä Niuvanniemen sairaalaan miesten suljetulle vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastolle työskentelymalli, jonka mukaan omaisyyhteistyötä toteutetaan. Tavoitteena oli saada mallin avulla käynnistettyä uuden potilaan kohdalla jo heti hoidon alusta sujuva ja keskustelevalle omaisyyhteistyö. Kehittämistyössä koottiin työryhmä, joka koulutettiin sairaalan laatukriteereiden sekä opinnäytetyön teorian pohjalta omaistyyöhön. Koulutuksen ja työryhmän ideoinnin pohjalta koottiin työskentelymalli omaisyyhteistyön aloittamiseen hoidon alussa. Lisäksi työryhmässä ideointiin Tietoa omaisille -esite. Esitteessä kerrotaan omaisille muun muassa osaston hoitomuodoista, käytänteistä, potilaan hoitoa koskevista asioista, vierailuista ja omaisyyhdistyksistä.</p> <p>Opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarve syntyi kohde osaston perhetyöskentelyn laatukriteereiden heikosta täyttymisestä. Opinnäytetyön ensimmäinen osio eli teoriaosuus on koottu psykiatriassa tehdyistä omaistutkimuksista, joista on kerätty tietoa siitä minkälaista yhteistyötä omaiset ammattilaisilta odottavat ja mitä kokemuksia heillä on yhteistyöstä ammattilaisten kanssa. Opinnäytetyössä on myös avattu läheisen sairastumisen vaikutusta omaisiin. Lisäksi opinnäytetyössä avataan ammattilaisten kokemuksia yhteistyöstä omaisten kanssa sekä perhepsykoedukaation tärkeyttä. Opinnäytetyössä ei käytetä tutkimuksellisia menetelmiä, vaikka käytetään tutkimuksellista selvitystä sisällön hankintaan. Opinnäytetyön toinen osio on raportointiosuus, jossa avataan kehittämistyön projektiosuus ja sen toteuttaminen sekä tuotokset.</p> <p>Opinnäytetyön arviointi on haasteellista, koska suunnitellun työskentelymallin toteutus ei ole vielä käynnistynyt. Siitä huolimatta vuonna 2017 osastolla tehdyssä perhetyön laadunarvioinnissa voidaan huomata kehitystä niin perhetapaamisten kuin yhteydenpitojenkin määrän suhteen.</p>			
<p>Avainsanat</p> <p>Omaiset, omaisyyhteistyö, oikeuspsykiatria, kehittämistyö, työpajatyöskentely</p>			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Veera Laukkanen			
Title of Thesis Development of co-operation with relatives in men's confined forensic psychiatry reception, examination and treatment ward.			
Date	14.1.2018	Pages/Appendices	55/3
Supervisor(s) Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Niuvanniemi hospital			
<p>Abstract</p> <p>In mental health work the inclusion of relatives as to the treatment is a substantial part of the overall treatment of the patient. In the acute phase of an illness a confidential collaboration relationship is established and they should be supported in this crisis resembling situation. During the treatment the relatives should be given information about the illness, its treatment and rehabilitation and the factors influencing the illness.</p> <p>The purpose of this development work was to develop a working model for the men's confined reception, examination and treatment ward for Niuvanniemi hospital, according to which the co-operation with relatives is realized. With the help of this model, the objective was to get started a fluent and discussive co-operation with the relatives of a new patient immediately upon beginning of the treatment. A work group was assembled in the development work, who were educated with the hospital quality criteria and the theory of the thesis for relative co-operation. From the basis of the education and the brainstorming of the work group a working model was created for the beginning of co-operation with the relatives at the start of the treatment. Additionally the work group brainstormed an Information For Relatives -brochure. In the brochure the relatives are showcased for example to treatment of the ward, practices, matters concerning treatment of the patient, visits and relative associations.</p> <p>The thesis is a development work for which a need was born from the weak fulfillment of the quality criteria of the target ward. The first part of the thesis, the theory part, was assembled with studies on relatives made in psychiatry from which data was gathered as to what kind of co-operation the relatives expect from professionals and what experiences they have with co-operation with professionals. The thesis has also explored the influence of a family member being taken ill to the relatives. In addition the thesis explores the experiences of the professionals with the relatives' co-operation and the importance of family psychoeducation. The thesis does not use research methods, although exploratory studies are used for the acquisition of content. The second part of the thesis is a report in which the project part of the development work and its realization and the final products are explored.</p> <p>The evaluation of the thesis is challenging because the realization of the planned work model has not yet been set off. Despite that in the year 2017 development can be seen in the number of family meetings as well as number of family contacts according to the quality assessment of the family work made on the ward.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Relatives, co-operations, forensic psychiatry, development work, work group</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ OSANA MIELENTERVEYSTYÖTÄ	6
2.1	Psykiatrinen hoitotyö	6
2.2	Oikeuspsykiatrinen hoitotyö	7
3	OMAISYHTEISTYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	10
3.1	Mielenterveysongelman vaikutus omaisiin ja heidän elämään.....	10
3.2	Omaisyyhteistyö psykiatrisessa hoitotyössä	14
3.2.1	Omaisten kokemuksia ja toiveita omaisyyhteistyöstä	15
3.2.2	Ammattilaisten kokemuksia omaisyyhteistyöstä	18
3.2.3	Psykoedukatiiviset perheinterventiot.....	19
3.3	Omaistyön laatuksiteerit Niuvanniemen sairaalassa ja niiden täyttyminen osastolla	21
4	KEHITTÄMISTYÖ	24
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
6.1	Kehittämisen kohteena olevan osaston kuvaus.....	26
6.2	Kehittämissuunnitelman kuvaus	27
6.3	Toteutumisen kuvaus	29
6.4	Kehittämistyön tuotokset.....	31
7	POHDINTA.....	34
7.1	Eettisyys.....	34
7.2	Luotettavuus	35
7.3	Arviointi.....	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	38
	LIITE 1: KEHITTÄMISTYÖN KOULUTUS	43
	LIITE 2: OMAISYHTEISTYÖN ALOITTAMISEN PROSESSI.....	47
	LIITE 3: TIETOA OMAISILLE -ESITE.....	48

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä sairauksia suomalaisissa perheissä. Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutoksen vuoksi omaisten merkitys sairastuneen hoidossa on yhteiskunnallisesti merkittävää. Omaiset ovat sairautteen varhaisessa puuttumisessa avainasemassa. Mielenterveysongelmien tunnistaminen ja riskitekijöiden havaitseminen ajoissa on oleellinen osa sairastuneen hoitoa. (Nyman ja Stengård 2001, 5, 9). Omaisten on myös helppo arvioida sairastuneen läheisen voinnin muutoksia hoidon aikana. Lääkehoidon, terapioiden ja psykososiaalisten hoitojen vaikutukset näkyvät perheiden arjessa ja yhteydenpidoissa. Omaiset kykenevät myös arvioimaan sairastuneelle mieluisat hoitomenetelmät ja sitä kuinka sairastunut sitoutuu hänelle tarjottuun hoitoon. (Pöllänen 2010, 45-46.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hyvän yhteistyön luominen omaisten kanssa jo sairauden ja aina sairaalahoidon alkuvaiheessa, on hyvin tärkeää. Hoidon alussa tulisi ymmärtää, että perhe on käynyt läpi raskaan polun ja on usein jo kriisitilanteessa, kun turvaudutaan mielenterveyspalveluihin. Omaiset useimmiten arvostavat ammattilaisilta saamaansa tukea. Tilanteen raskautta voi helpottaa jo pelkästään omaisten mukaan ottaminen läheisensä hoitoon sekä omaisten kanssa työskentely. Omaistyöskentelyn tavoitteena on antaa omaisille mahdollisuus hallita muuttuvia elämänolosuhteita, joita ympärille tulee, kun läheisen sairastuu psyykkisesti. Omaisten tarvitsema tuki vaihtelee läheisen ensimmäisestä psykoosista aina pitkälle edenneisiin psyykkisiin sairauksiin. Läheisen sairastuessa omaiset ovat usein hämmentyneitä ja käyvät läpi monia erilaisia tunteita. He kokevat itsensä avuttomiksi, pelkäävät leimaantuvan, potevat syyllisyyttä ja kokevat vihaa sekä tosiasioiden kieltämistä. Joskus nämä kaikki tunteet voi kohdistua hoitohenkilökuntaan ja omaiset saattavat jopa vähätellä oikehtivan käytöstä. Kuitenkin yleensä psykoottisen oirehoidinnan yhteydessä omaiset ymmärtävät tarvitsevänsä apua ja hyväksyvät ajatuksen psykiatrisesta sairaudesta. Omaiset joutuvat usein hakemaan apua läheiselleen monta kertaa ennen avun saamista. Avutta jääminen ja läheisen ymmärtämättömyys omaa sairauttaan tai hoidon tarvetta kohtaan, lisää entisestään omaisten hämmennystä ja kärsimystä. Kun hoidon piiriin vihdoinkin päästään omaiset usein toivovat nopeaa hoitoa ja odotukset hoitoa kohtaan voivat olla epärealistisia. Juurikin tästä syystä on tärkeää jakaa omaisille tietoa sairaudesta, hoidosta, lääkityksestä ja kuntoutumisesta. (Berg ja Johansson 2003, 11-12.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada kehitettyä Niuvanniemen sairaalaan miesten suljetulle vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastolle työskentelymalli, jonka mukaan omaisyhteistyötä toteutetaan. Tavoitteena on saada mallin avulla käynnistettyä uuden potilaan kohdalla jo heti hoidon alusta sujuva ja keskusteleva omaisyhteistyö. Kehittämistyössä koottiin työryhmä, joka koulutettiin sairaalan laatukriteereiden sekä opinnäytetyön teorian pohjalta omaistyöhön ja työryhmän ideoinnin pohjalta koottiin työskentelymalli omaisyhteistyön aloittamiseen hoidon alussa. Lisäksi työryhmässä ideointiin Tietoa omaisille -esite, joka hoidon alussa omaisille toimitetaan. Lehtisessä kerrotaan omaisille muun muassa osaston hoitomuodoista, käytänteistä, vierailuista ja omaisyhdistyksistä.

2 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ OSANA MIELENTERVEYSTYÖTÄ

Mielenterveystyö tarkoittaa ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä. Mielenterveystyötä kuvailaan myös toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi. Mielenterveystyössä pyritään ennaltaehkäisemään, parantamaan ja lievittämään mielisairauksia ja muita mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveystyöhön kuuluu sairauden vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eli mielenterveyspalvelut. Tarkoituksena on väestön elinolosuhteiden kehittäminen ennaltaehkäisten mielenterveysongelmien syntyä sekä edistään ja tukien mielenterveyspalveluja. (Mielenterveyslaki 1990, § 1.) Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluita voidaan kehittää yhteiskunta- ja koulutuspolitiikan avulla. Vaikuttaa voidaan sosiaalipoliittisilla tulonsiirroilla sekä mielenterveystyön ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusten suunnittelulla. Tärkeää on myös huomioida palveluiden saatavuus. Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tulisi huomioida päätösten merkitykset mielenterveyden kannalta ja käydä priorisointi- ja arvokeskustelua mielenterveystyön tehtävistä perusterveydenhuollossa. Mielenterveystyön laatua ylläpitää ja selkeyttää valtakunnalliset hoitomallit ja -suositukset. (Hyvönen 2004, 91-92.) Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sote- ja maakuntakunta-uudistuksen myötä palveluiden ja toimintatapojen uudistamisesta, jossa hallituksen kärki hankkeiden tavoitteena on mm. lisätä terveitä elämäntapoja, vahvistaa mielenterveyttä, vähentää yksinäisyyttä ja ehkäistä eriarvoisuutta sekä syrjäytymistä. (Sote- ja maakuntauudistus 2017, 1.)

2.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö (psychiatric nursing) on kansainvälinen käsite, joka tarkoittaa potilaan psykososiaalista hoitamista. Psykiatrisella hoitotyöllä ja psykiatrialla on molemmilla oma vastuualueensa terveyden edistämisessä. Psykiatrisessa hoitotyössä on oleellista ihmisen ymmärtäminen, elämäntilanteen ja mahdollisten kärsimysten sekä niiden muodostaman yhteisvaikutuksen hahmottaminen. Psykiatrisen hoitotyön tulisi aina perustua huolenpitoon ja siihen että ihminen huomioitaisiin kokonaisuutena. Psykiatrisessa hoitoprosessissa pyritään etenemään uusimpien hoitosuositusten mukaan, jossa olennaisimpana on hoitosuhde hoitajan ja potilaan välillä. Hoitosuhde on terapeutinen, perustuu empatiaan ja aitouteen. Hoitosuhteelta vaaditaan kykyä ongelmien ratkaisuun ja hoitajan tulisi osata käyttää minäänsä terapeutisesti ja aidosti tukien potilasta hänen hoitoprosessissaan. Hoitosuhteen tulisi olla tasavertainen ja hoitajan olla enemmänkin ”kumppani”, joka tukee ja kannustaa sekä tarvittaessa ohjaa potilasta haasteissa. Psykiatrinen hoitotyö on osa moniammatillista hoitoa ja sillä on oma merkittävä roolinsa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Psykiatriassa hoitotyön tärkeä tehtävä on myös potilaan arvojen ja merkityksien selvittäminen sekä itsetunnon tukeminen aina potilaan epäonnistuessa. Hyväksynnän ilmapiiri on oleellinen hoitosuhteessa. Arvomaailma taas on yhteydessä potilaan vastuuseen hänen valintoihin ja tekemiinsä. Joidenkin potilaiden kohdalla psykiatrinen hoitotyö voi perustua syyllisyyden tai tehtyjen väärin tekojen sovitamiseen, joka hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa tulee ottaa huomioon. Joskus muutos edellyttää vaikeidenkin asioiden kohtaamista. Tärkeää on jakaa näkemyksiä tekoihin johtaneista syistä ja huomioida niiden ennaltaehkäisy tulevaisuudessa. Psykiatrisessa hoitotyössä tulevaisuuden toivon ylläpitäminen ja realististen tavoitteiden asettaminen tukee ja kannattaa potilasta eteenpäin.

Elämässä eteenpäin auttaa myös tukiverkosto ja sosiaaliset suhteet joten siksi perheinterventiot ovat oleellinen osa psykiatrasta hoitotyötä. (Linnainmaa 2006, 21-23; Latvala 1998, 58.)

Psykiatrisessa hoitotyössä etiikka on vahvasti läsnä ja lähes päivittäin näyttelee osaa joissakin hoitotyön toiminnoissa. Etiikka myös tuo esiin ihmisten oikeudet ja tasa-arvoisuuden. Kaikilla ihmisillä on yhtäläinen ihmisarvo, jota psykiatrisessa hoitotyössä tulee kunnioittaa. Osa psykiatrasta hoitoa on pakkohoito, jolloin voidaan joutua rajoittamaan potilaan perusoikeuksia esimerkiksi liikkumisen suhteen tai eristämään potilas muista henkilöistä turvatakseen hänen tai muiden hoito. Psykiatrisessa hoitotyössä henkilöstöllä tulee olla jatkuva valmius potilaan voinnin seurantaan ja tietynlaista tunneherkkyyttä sen suhteen, että million potilaan hoidossa tarvitaan mahdollisesti rajoittavia toimenpiteitä. Näissäkin tilanteissa potilaan arvokkuutta tulee kunnioittaa ja pakkotoimien käytön olla rehellistä ja avointa. Psykiatrisessa hoitotyössä monelta konfliktilta välttyään hyvällä ennakoinnilla, henkilöstön saatavilla ololla ja keskusteluilla. (Syrjäpalo 2006, 113-114.)

2.2 Oikeuspsykiatrinen hoitotyö

Oikeuspsykiatrinen hoitotyö sisältää kaikki psykiatrisen hoitotyön määritelmät, mutta vielä sen lisäksi hoitotyön vaativuus korostuu ja hoitajilta edellytetään erityisosaamista. Oikeuspsykiatrasta hoitotyötä voidaan kuvata erityistason hoitamiseksi. Oikeuspsykiatriassa hoito- ja tutkimuspotilaita hoidetaan mielenterveyslain perusteella. Suomessa kriminaalipotilaista noin 80 % sairastaa skitsofreniaa. Lisäksi monilla on päihderiippuvuus, persoonallisuushäiriö ja somaattisia sairauksia. Kriminaalipotilailla yleensä hoitamaton sairaus on johtanut väkivaltarikokseen, joka aiheuttaa omalla tavallaan kärsimystä ja pelkoa, joskus jopa inhoa niin potilaassa kuin hänen omaisissaan, lähipiirissään tai ympäristössään. Oikeuspsykiatrinen hoitotyö on pitkäjänteistä ja tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa. Hoito valtion mielisairaalassa kestää useita vuosia. Yhteistyö potilaan kanssa aloitetaan hoitosuhteen luomisella ja sillä että pyritään saamaan potilas itse osallistumaan omaan hoitoonsa. Aggressiivisten potilaiden kohdalla hoito aloitetaan suojelemalla potilasta itseään sekä hänen ympäristöään väkivaltaiselta käytökseltä, joka usein johtuu potilaan hoitamattomasta sairaudesta. Potilaiden väkivaltainen tausta tai käytös on haaste hoitotyölle oikeuspsykiatriassa. Nämä arvoristiriidat saattavat herättää tunteita hoitajissa, kuten väkivallan pelkoa ja negatiivista asennetta ja olla todellisena haasteena yhteistyön syntymiselle potilaan kanssa. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä hoitajan eettinen osaaminen korostuu ja hoitajan on kyettävä omasta arvomaailmastaan poiketen ammatillisesti rakentaa potilaan kanssa yhteistyö ja kunnioittaa potilasta yksilönä hänen kriminaaliteostaan huolimatta. (Tenkanen 2010, 21-22.)

Oikeuspsykiatrissa hoitotyö toteutetaan kuten psykiatriassa ylipäätään eli skitsofrenian käypä hoito -suositusten mukaan. Suosituksen mukaista hoitoa täydennetään potilaiden yksilöllisten tarpein mukaan. Tärkein hoitomuoto oikeuspsykiatriassa on kuitenkin turvallisen ja toimivan lääkityksen löytyminen. Lisäksi hyvin tärkeää on potilaan tunteminen. Potilaan menneisyydestä kattavien tietojen saaminen kuten aikaisempi hoitohistoria, lääkahoitoon suhtautuminen, päihdehistoria ja väkivaltaisuus ovat tärkeää tietoa potilaan kanssa toimiessa ja tuovat enemmän vuorovaikutteisuutta potilaan hoitoon. Tuntemalla potilas vähennetään myös pelkoa ja negatiivisia tunteita häntä kohtaan.

Hoitosuhteissa potilaan kriminaaliteon käsittely on oleellinen osa oikeuspsykiatriasta hoitotyötä. Huomioitavaa on myös varautua potilaan mahdolliseen suisidaalisuuteen varsinkin siinä vaiheessa hoitoa, kun hän ymmärtää kriminaalitekonsa seuraukset. Syyllisyyden käsittely on yksi tärkeimmistä osa-alueista hoitosuhteessa. Hoitosuhteessa tieto hoitosuhteen peruskäsitteistä ja niiden hyödyntäminen on kaiken omahoitajatyön perustana. Oikeuspsykiatriassa hoitotyössä on oleellista antaa potilaalle tietoa hänen sairaudestaan, sairauden hoitamisesta ja sairauden kanssa pärjäämisessä. Tätä samaa tietoa tulisi myös oikeuspsykiatriassa antaa potilaan omaisillekin. Tiedon antamisen välineenä käytetään psykoedukaatiota. Hoitajan on myös huolehdittava omasta jaksamisestaan ja käyttäytyöhajusta apunaan oikeuspsykiatriassa hoitotyössä. Aggressio- ja väkivaltatilanteissa hoitotyön merkittävin rooli on olla potilaan kanssa vuorovaikutuksessa neuvotellen ja etsiä yhdessä mahdollisia syitä potilaan käytökselle. Autetaan vuorovaikutteisessa keskustelussa potilasta löytämään mahdolliset keinot tilanteen laukausemiseksi. Näissä tilanteissa hoitajan sanattomalla ja sanallisella viestinnällä on oleellinen merkitys lopputilanteeseen. (Tenkanen 2010, 22-23.)

Oikeuspsykiatriaan kuuluu oleellisesti myös mielentilatutkimukset. Tuomioistuin arvioi rikosasian vastaajan mielentilatutkimuksen tarpeellisuuden ja päättää mielentilatutkimukseen määräämisestä. Mielentilatutkimuksessa selvitetään tutkittavan syyntakeisuus syytteenalaisen tai epäillyn teon tapahtuma-aikaan. Mielentilatutkimuksessa selvitetään myös, että onko tutkittava mahdollisesti tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tai vastoin tahtoa annettavan kehitysvammaisten erityishuollon tarpeessa mielentilatutkimuksen päätyttyä. Jos tutkittava on sairaalahoidon tai erityishuollon tarpeessa, niin mielentilalausunnosta pitää ilmetä aina mielenterveyslain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaiset hoitoon tai huoltoon määräämisen perusteet. Mielentilalausunto laaditaan siten, että se palvelee tuomioistuimen päätöksentekoa mahdollisimman hyvin. Tuomioistuimen määrätessä rikoksesta syytetyn mielentilatutkimukseen se toimittaa asiakirjat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle THL, joka taas määrittää sen missä mielentilatutkimus suoritetaan. (THL 2011, 4.)

Rikoslaissa syyntakeettomuus määritellään seuraavasti:

"Tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden tai vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta, tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt." (Rikoslaki 2003, 3 luku § 4).

"Jollei tekijää voida pitää syyntakeettomana, mutta hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai oikeudenvastaisuus taikka säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, vajaamielisyyden tai mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi tekohetkellä merkittävästi alentunut, häntä voidaan pitää alentuneesti syyntakeisena. Rangaistusta määrättäessä on tällöin otettava huomioon, mitä rikoslain 6 luvun 8 §: n 3 ja 4 momentissa säädetään." (Rikoslaki 2003, 3 luku § 4.)

"Päihtymystä tai muuta tilapäistä tajunnan häiriötä, johon tekijä on saattanut itsensä, ei oteta syyntakeisuusarvioinnissa huomioon, ellei siihen ole erityisen painavia syitä." (Rikoslaki 2003, 3 luku § 4).

Mielentilatutkimuslausunnon tulee olla THL: lla viimeistään kahden kuukauden kuluttua lausunnon aloittamisesta. THL voi kuitenkin perustelluista syistä pidentää mielentilatutkimusaikaa enintään kahdella kuukaudella. Tällaisia perusteltuja syitä voivat olla esimerkiksi tarpeellisiksi katsottujen tutkimusten vaatima lisää aika, tarve havainnoida tutkittavaa riittävän pitkän lääkkeettömän tai päihitteettömän jakson ajan. Asioiden käsittelyjen viivästymistä oikeudessa tulee kuitenkin välttää ja siksi tutkimukset pyritään suorittamaan laissa säädetyssä kahden kuukauden määräajassa. Tuomioistuimien tekee jokaisessa tapauksessa aina lopullisen päätöksen siitä, että onko mielentilalausunnossa esitetyillä psyykkisillä ja/tai älyllisillä tekijöillä ollut vaikutusta syyntakeisuuteen. (THL 2011, 5-6.)

Mielentilalausunto on tuomioistuimessa tärkeä apu aina kun arvioidaan syyntakeisuutta ja sen merkitys rikosoikeudessa on suuri. Mielentilalausunnoissa tulee tuoda selkeästi ja perusteellisesti esiin kaikki tieto, joka on merkittävää syyntakeisuutta arvioidessa. Lausunnossa kuvataan tutkittavan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä yleensä ja varsinkin rikoksen tekoajankohtana. (THL 2011, 9.)

Mielentilatutkimuksen jälkeen oikeuspsykiatriseen hoitoon jäävät potilaat jätetään tuomitsematta. Kun tuomioistuin määrää rikoksen tehneen henkilön mielentilatutkimukseen ja hänen todetaan syytteenalaisen teon aikana olleen syyntakeeton, eli ymmärrystä vailla sairastamansa mielisairauden vuoksi sekä olevan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa, niin voi tuomioistuin lausuntoon yhtyessään jättää rikoksesta syytetyn teostaan tuomitsematta. Vuoden 2016 lopussa Niuvanniemen sairaalassa hoidetuista potilaista tuomitsematta jätettyjä oli 51 % sairaalan potilaista. (Niuvanniemen sairaala 2017a.)

Mielenterveyslaki määrittää, että valtion sairaalassa voidaan mielentilatutkimusten lisäksi hoitaa sairaanhoitopiirin sairaalan esityksestä tulevia potilaita, joiden hoitaminen on todettu erityisen vaaralliseksi tai erityisen vaikeaksi. Näissä tapauksissa päätöksen sairaalaan ottamisesta tekee valtion sairaalan ylilääkäri. (Mielenterveyslaki 1990, § 6.) Kunnallisista sairaaloista saapuvat potilaat ovat usein sairautensa akuutissa vaiheessa, väkivaltaisesti käyttäytyviä ja päihdyttäviä aineita väärin käyttäviä psykoosipotilaita. Vuoden 2016 lopussa Niuvanniemen sairaalassa hoidetuista potilaista vaarallisia tai vaikeahoitaisia oli 40 % sairaalan potilaista. (Niuvanniemen sairaala 2017b.)

3 OMAISYHTEISTYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Mielenterveystyöllä tavoitellaan vahvaa mielenterveyttä ja pyritään ehkäisemään mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveyspalveluiden suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. (STM 2017, 1.) Jos mielenterveystyössä tahdotaan toimia ennaltaehkäisevästi tai varhaisen puuttumisen periaatteella, niin omaisia ei voida enää pitää hoidon taustalla, vaan heidät on otettava osaksi sairastuneen hoitoa. Omaisille voidaan tarjota tietoa ja tukea, jolla pyritään vähentämään heidän kuormittuneisuutta ja lisätään hyvinvointia suunnitelmallisen omaistyön avulla. Omaisten tarvitsee tukea itsenäisenä yksilönä, eikä häntä tulisi kohdata vain sairastuneen ongelmien kautta. Omaistyön toteuttaminen on ammattilaisille sujuvampaa, jos organisaatioissa on apuna omaistyön malli, jonka mukaan yhteistyötä toteutetaan. Omaistyön mallin avulla yhteistyöstä tulee myös laadultaan tasaisempaa. (Paattimäki, Huhtala, Joutsiluoma, Lampinen, Ojanen, Penttilä ja Nordling 2015, 3, 17, 36.)

3.1 Mielenterveysongelman vaikutus omaisiin ja heidän elämään

Omainen voidaan määritellä sukulaisena, perheenjäsenenä tai läheisenä henkilönä. Perheenjäseneksi usein luokitellaan mies, vaimo ja lapset, mutta nykyisin perheenjäsen tulee ymmärtää laajemmin esimerkiksi uusioperheen kautta. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 8.) Omaisiksi voidaan siis nähdä kaikki ne henkilöt, jotka huolehtivat mielenterveysongelmaa sairastavasta läheisestään. Tutkimuksissa ei juurikaan anneta omaishoitajuudelle tarkkaa määritelmää, vaikka siitä on noussut palvelu- ja hoitoresurssien vähentämisen myötä sosiaalipoliittisesti merkittävä tekijä Euroopassa. Omaisten tulisi nähdä itsenäisenä yksilönä ja tuen tarvitsijana eikä julkisen palvelujärjestelmän halparesurssina. (Luodemäki, Ray ja Hirstiö-Snellman 2009, 8-10.) Lain mukaan potilaan edustajalla tai omaisilla on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. Jos täysi-ikäinen sairastunut on kykenemätön tekemään hoitoonsa koskevia päätöksiä mielenterveydenhäiriön vuoksi, tulisi potilaan laillista edustajaa tai muuta läheistä kuulla siitä, että mikä hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 9 ja § 6.) Täysi-ikäinen potilas myös aina päättää siitä, että kenelle hänen terveydentilaansa sekä hoitoa koskevia tietoja saa luovuttaa. (Valvira omaisen oikeudet 2015, 1). Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan omaisella perheenjäsentä, ystävää tai muuten läheistä henkilöä, joka osallistuu mielenterveysongelman läheisensä hoitoon.

Läheisen sairastuminen mielenterveysongelmiin ei ole koskaan ennakoitu tai kutsuttu asia perheen elämässä. Sairastuminen usein aiheuttaa kriisin, joka samalla vaikeuttaa perheen arkea ja elämää. Tilanne koskettaa kaikkia ympärillä olevia ihmisiä omalla tavallaan. Puoliso, vanhemmat, lapset ja ystävät, jokaisella on oma tapansa reagoida tilanteeseen. (Koskisu ja Kulola 2005, 14-15, 18.)

Läheisen sairastuessa psyykkisesti on oireilua ensin vaikea erottaa normaaleista elämään kuuluvista asioista, kuten stressistä tai uupumuksesta. Sairastuneen tunteet ja käytös saattavat vaihdella alussa pienesti ja niitä voi helposti selittää erinäisillä syillä, kuten työpaineilla. Sairastumista harvoin odotetaan, joten sitä on myös vaikea epäillä. Hiljalleen kuitenkin oirehdinta alkaa muuttua huolestuttavammaksi ja hämmentää ympärillä olevia ihmisiä. Jokainen sairastunut oirehtii omalla tavallaan ja

usein voinnin muutokset alkavat näkyä lopulta kaikilla elämänalueilla. Monesti sekä omainen, että sairastunut itse ei kumpikaan ymmärrä mistä on kyse. Tilanne on hankala, koska toinen ei osaa kertoa, mikä on, ja toinen ei kysymättä osaa auttaa läheistään. Tässä tilanteessa usein ponnistellaan ja jaksetaan kauan, koska toivotaan ja uskotaan kaiken olevan vain ohimenevää. Perheessä pyritään jatkamaan kuten ennenkin, jolloin väsymys saa otteen kaikista osapuolista. Tilanteen vakavuus nähdään monesti vasta, kun tapahtuu jotakin radikaalia, kuten itsemurhayritys tai väkivaltatilanne. (Koskisu ja Kulola 2005, 26-33.) Läheisen sairastuessa omaisen elämään astuu erinäisiä huolenpidollisia tehtäviä, joista keskeisimmäksi tehtäväksi nostettiin sairastuneen arkielämän asioista huolehtiminen. Lisäksi esiin nousi omaisen yleinen huoli läheisensä terveydentilasta, tulevaisuudesta ja toimeentulosta. Epävarma elämä, vuorovaikutuksen ennalta-arvaamattomuus, ristiriidat sekä sairastuneen valvominen siltä varalta, ettei hän pääse loukkaamaan itseään tai muita koettiin vievän paljon omaisen voimavaroja. Omaisista jopa 38% oli masentuneita. Masennusriskiin vaikutti yhtenä kymmenestä tekijästä omaisten tyytymättömyys ammattilaisiin. (Nyman ja Stengård 2001, 20, 32-34, 71.) Muuhun väestöön verratessa on mielenterveyspotilaan omaisella todettu olevan jopa kaksinkertainen riski sairastua masennukseen, jota saattaa selittää kuormittava elämäntilanne jonka muuttamiseen ollaan usein keinottomia. (Männikkö ja Jähi 2015, 163.) Huolenpitotilanne on yksi stressitekijä sekä masennukseen altistava tekijä omaisen arjessa. Omaisat jotka käyttävät paljon aikaansa huolenpitotehtävään ovat suuremmassa riskissä itse uupua. Omaisat myös käyttävät paljon aikaansa läheisen aktivoimiseen yrittämällä sitouttaa häntä arkeen tai saada hänet innostumaan yli-päättään mistään. On kuitenkin muistettava, etteivät kaikki omaiset pidä huolenpidollista tehtäväänsä niin suuresti rajoittavana tekijänä omalle elämälle kuin toiset. (Luodemäki ym. 2009, 20-21.)

Omaisen hyvinvointia uhkaa myös leimaantuminen. Edelleen yhteiskunnassamme vieroksutaan psyykkisesti sairastuneita ja saman vieroksunnan kohteeksi joutuvat usein heidän omaisensa. Ihmisiä arvioidaan käyttäytymisen perusteella ja näistä arvioista tulkitaan, onko hän sairas vai terve. Mielenterveysongelmiin suhtautuminen ei siis edelleenkään ole neutraalia, vaikka niistä nykyisin avoimemmin puhutaan. Leimaantuminen voi näkyä omaisen arjessa esimerkiksi ystävyysuhteiden katkeamisella tai sitten omainen itse saattaa vetäytyä sosiaalisista suhteistaan. Eristäytyminen saattaa johtua leimaantumisen mukana tulleesta häpeästä ja häpeä siitä, että omainen ja sairastunut kokevat sairauden myötä olevansa erilaisia kuin muut. (Luodemäki ym. 2009, 22-23.) Omaisat kokevat perheenjäsenen sairastumisen yksityisenä ja vaikeana asiana puhua ulkopuolisille ihmisille, ilman sosiaalista leimaantumista. Omaisat kokivat myös sairauden alkuvaiheessa toimeen tulemisen ja kulisien ylläpitämisen olleen raskasta. Läheisen sairastuttua omaiset eivät enää osanneet laittaa omia tarpeitaan etusijalle ja kokivat jopa, että heidän omat tarpeensa eivät olleet enää niin oikeutettuja. Omaisten stressi näkyi tunteellisina mullistuksina sekä pelkona läheisen puolesta. Omaisat kokivat, että ainoana keinona saada lepohetki tai tehdä jotakin mukavaa ilman syyllisyyden tunnetta, olisi sairaan läheisen pääseminen hoitoon. (Muscroft ja Bowl 2000, 133.)

Läheisen sairastuminen vaikuttaa omaisen taloudelliseen tilanteeseen. Läheinen on usein sairuseläkkeen tai kuntoutustuen varassa ja täten omainen saattaa joutua tukemaan rahallisesti pienituloista läheistään. Taloudellinen tasapaino voidaan lukea voimavaraksi ja jaksamista tukeväksi tekijäksi, jota sairastuminen horjuttaa. Sairastuminen saattaa hyvinkin osua perheen elämässä taloudel-

liseen tilanteeseen, jossa esimerkiksi töistä pois jääminen ei olisi mahdollista. Pahimmassa tapauksessa perhe ylivelkaantuu ja sairastuneesta huolehtiakseen voi tienaava omainen joutua kieltäytymään työstään. Hankalaksi koetaan eläkepäästösten odottaminen ja myönnettyjen tukien saamisen viipyminen. Raha-asoiden selvittely on muutoinkin hankalassa tilanteessa raskasta ja mahdollisen toimeentulotuen hakeminen saattaa olla nöyryyttävää. Usein omaiset eivät saa tarpeeksi tietoa ja apua taloudellisiin asioihin, kuten eläke tai sosiaaliturva kysymyksiin. (Nyman ja Stengård 2001, 36-38; Koskisuus ja Kulola 2005, 85-86.)

Kaiken alkuhämmennyksen ja koettujen tunteiden jälkeen alkaa aika, jolloin sairastunut läheinen ohjataan hoitoon. Tätä aikaa kuvataan kirjallisuudessa hengissä selviämisen ajaksi, joka on sairastumisen aiheuttaneen kriisin yksi vaihe. Hoitoon toimittaminen voi olla hyvinkin dramaattinen tilanne, jolloin siihen liittyy voimakkaita tunnereaktioita. Pitkään jatkunut oireilu kotona voi päätyä rajusti ja tilanteeseen voi liittyä poliisi tai ambulanssi ja läheinen saattaa joutua vastentahtoiseen hoitoon. Hoitoon voidaan joutua myös sen jälkeen, kun läheinen on yrittänyt vahingoittaa itseään. Psykiatrinen sairaala saattaa olla hämmentävä sekä pelottava ja siihen voi liittyä paljon ennakkoluuloja. Tilanne on siis kaikkiaan myös omaiselle sekava ja tunteikas. Ikävä kyllä tällöin omainen jää usein täysin huomioitta ammattilaisten näkökulmasta. Myöteläminen, rohkaisu ja ymmärtäminen ovat tässä vaiheessa tärkeitä asioita omaisen selviämiseksi. (Koskisuus ja Kulola 2005, 37-38.)

Sairastumisen myötä kaivataan tietoa siitä, että mikä läheistä vaivaa ja usein diagnoosi on lopulta helpotus. Kaikelle sille hämmennystä aiheuttavalle oirehdinnalle saadaan nimi ja täten sitä voidaan hoitaa. Diagnoosin saaminen saattaa olla myös järkytys ja tuoda häpeää tai sitä ei välttämättä hyväksytä ollenkaan. Oirehdintaa ja kaikkea tapahtunutta ei voidakaan perustella stressillä, vaan diagnoosin myötä kaikesta tulee totta. Näissä tapauksissa usein pelätään leimaantumista ja luokittelua hulluksi tai mielisairaaksi. (Koskisuus ja Kulola 2005, 43-45; Luodemäki ym. 2009, 39.) Leimaantumisen ja negatiivisen suhtautumisen pelko voi saada omaiset salailemaan sairaalahoitoon joutumista ja välttelemään muita ihmisiä. (Kuipers, Leff ja Lam 2002, 85.)

Hoidon alkamisen vaiheessa perhetapaamisten toteutuminen riippuu pitkälti hoitavasta yksiköstä, ammattilaisista ja hoitokulttuurista. Perhetyö ei ole kaikkialla osa päivittäistä toimintaa, vaan edelleen sairastuneen hoito voi päättyä niin, ettei omaisia ole koskaan tavattu. Sairastuneet ja omaiset usein syyttävät sairaudesta itseään tai muita ihmisiä. Omaiset pohtivat mikseivät puuttuneet tilanteeseen aiemmin ja syllisyys siitä saattaa olla hyvinkin voimakas. Tästä syystä ammattilaisten antama todellinen tieto sairaudesta, syistä ja ennusteesta on tärkeää. (Koskisuus ja Kulola 2005, 49, 53, 55; Luodemäki ym. 2009, 39.)

Seuraavaksi perheissä alkaa vakiintumisen aika, jolloin edetään päivä kerrallaan. Odotellaan toipumista, eli lääkityksen ja terapian vaikutusta sekä voinnin kohentumista. Pyritään sopeutumaan ja etsitään perheessä tai parisuhteessa tasapainoa tilanteeseen. Omaisten on kohdattava tilanne realistisesti ja pyrittävä elämään sen mukaisesti. Sopeutumisella perhe saa hiljalleen korjattua järkkynyttä tasapainoa ja järjesteltyä arkensa uudelleen toimivaksi. Samalla omaiset käyvät läpi paljon tunteita, kuten surua ja pelkoa. Tilanteiden pitkittyessä suru saattaa kroonistua, kun sairaus muuttaa perheen arkea ongelmalliseksi. Usein omaisten tunteet kulkevat sairastuneen läheisen tunteiden mukaan. Kun sairastunut voi paremmin, niin myös omaiset voivat paremmin ja tietysti toisinpäin. Myös per-

heessä tapahtuva toiminta usein liitetään sairastuneen toimintakykyyn. Omaiset jopa jättivät tekevästä omia asioitaan, koska sairastunut läheinen ei kyennyt niihin osallistumaan. Omaisten on vaikea ilmaista iloa ja mielihyvää pelätessään loukkaavansa sairastunutta. Omaiset myöskin luonnollisesti haluavat auttaa sairastunutta läheistään helpottamalla hänen tuskaansa, mutta siinä harvemmin onnistuvat. Tämä taas aiheuttaa omaiselle avuttomuutta ja turhautuneisuutta. (Koskisuus ja Kulola 2005, 59-61, 63-69, 100-101.)

Perheessä elämä kuitenkin jatkuu, mutta saattaa sairastumisen myötä saada muuttuneen tarinan. Arjen sujuminen voi esimerkiksi jäädä vain toisen vanhemman harteille tai suhteet perheessä voivat muuttua, parisuhteesta tai vanhempi-lapsi suhteesta hoitaja-hoidettava suhteeksi. Sairaus määrittää perheessä tunneilmapiiriä ja toimintaa. Tästä kertoo myös se, että sairastunutta pyritään suojelemaan kaikelta ahdistusta tai huolta lisäävältä ennakoimalla kaikkea mahdollisesti tapahtuvaa. Kaikki omaiselle kasautuva vastuu saattaa herättää turhautuneisuutta tai vihamielisyyttä sairastunutta kohtaan. Negatiivista tuntemuksista on vaikea puhua ja ajatukset herättävät omaisissa syyllisyyttä. Pitkään jatkunut sairausvaihe uuvuttaa omaisen, joka harvoin saa hengähdystaukoa. Vastuu perheen raha-asioista, lastenhoidosta ja sairastuneen hoidosta jää perheessä terveen puolison taakaksi. Jopa 60% omaisista kertoo olevansa psyykkisesti kuormittuneita ja tyytymättömiä omaan elämäänsä. Vaikeaa voi olla ymmärtää myös se, ettei sairastunut läheinen välttämättä pysty havaitsemaan puolisolalle jäänyttä taakkaa ja murhetta. (Koskisuus ja Kulola 2005, 91-96; Nyman ja Stengård 2001, 18; Pöllänen 2010, 49.) Omaisen voi olla joskus hankala ymmärtää erityisen rajun tai vaikean sairauden aiheuttamaa muutosta läheisessä. Sairastunut läheinen ei ehkä osaa enää ilmaista itseään tai reagoida ympäristöönsä tulkitakseen sitä oikein. Hän ei välttämättä osaa enää niinkään suunnitella tai toteuttaa asioita, kuin ennen. Tunteiden ilmaiseminen tai tulkitseminen voi olla haastavaa eikä sanaton viestintä enää mene perille. Omaiset voivat kokea tämän välinpitämättömyytenä tai kiinnostuksen puutteena, eikä niinkään sairauden oireena. Sairastunut läheinen saattaa tuntua vieraalta. Tilanteen kestäessä hyvin pitkään voi toivon ylläpitäminen vaatia niin paljon kärsivällisyyttä, ettei sitä lopulta ole enää löydettävissä. (Koskisuus ja Kulola 2005, 125-127.) Sairauden pysyvyyttä on vaikea ymmärtää ja se aiheuttaa epävarmuutta omaisissa, koska sairaus onkin lopun elämää läsnä perheen arjessa. (Pöllänen 2010, 44).

Psykoottistasoiisiin ja lievimpiinkin häiriöihin voi joskus liittyä sairaudentunnottomuus, jolloin sairastunut läheinen kokee olevansa terve ja pitää sairautensa oireita, kuten esimerkiksi ääniharhoja täysin todellisina. Terve ihminen ei myöskään kaipaa lääkitystä. Joskus taas lääkitys voidaan kuvitella sairauden olemuksena eli muistutuksena sairaudesta. Lääkitykseen voi liittyä myös hyvin konkreettista ajatusta, että sairas ihminen käyttää lääkettä, mutta terve ei. Omaisten kannalta tilanne on vaikea. (Koskisuus ja Kulola 2005, 130-131.) Omaiset ajoittain joutuvat seuraamaan ja tiedustelemaan lääkkeiden säännöllistä ottamista. Lääkekielteisyyks ei kuitenkaan esiinny mitenkään merkittävänä ongelmana ja omaiset pääosin kokevat, että lääkityksen käyttäminen voidaan jättää sairastuneen huolehdittavaksi. (Pöllänen 2010, 54-55.)

Sairastuneen läheisen itsensä vahingoittaminen voi omaisesta tuntua äärimmäiseltä hylkäämiseltä. Siltä, että sairastunut ei enää välitä heistä, vaan valitsee mieluummin kuoleman. Itsetuhoisuus herät-

tää omaisessa jopa vihan tunteita, joka on täysin luonnollista. Omaiset kaipaavat tässä hetkessä tukea tilanteen jäsentämiselle sekä vastauksia epätietoisuudelle. Mietteissä on usein mahdollisuus tapahtuneen estämiselle tai siihen vaikuttaminen, joten jälkihoito omaisille on suotavaa. Joskus sairastunut läheinen voi uhkailla omaisiaan toistuvasti itsemurhalla, joka taas aiheuttaa omaisissa väsymystä, kyllästyneisyyttä ja katkeruutta. Pelko siitä, että läheinen tekee itselleen jotakin vaikuttaa omaisen koko elämään. Joissakin tapauksissa sairastuneen väkivaltaisuus voi kohdistua omaiseen. Omaisen voi kuvitella jopa ansaitsevasa väkivallan tai pyrkiä pitämään sairastunutta läheistään jatkuvasti hyvällä tuulella. Ammattilaisten on väistämättä puututtava perheessä tapahtuvaan väkivaltaan, jos sellaista saavat tietoonsa. (Koskisu ja Kulola 2005, 133-135, 141.) Yleensä huonosti voivessaan tai hädässä ollessaan sairastunut soittaa omaiselleen. Omaisille soitetaan esimerkiksi itsetuhoisista aiheista, jolloin vastuu avun hankkimisesta kasvaa ja mahdollinen avutta jääminen taas velvoittaa omaisen valvontatehtäviin sairastuneen vierelle. Omaisten päivystystilanne helpottuu, kun sairastunut läheinen saadaan hoitoon. (Pasonen 2016, 61-62.)

3.2 Omaisyhteistyö psykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut suuria muutoksia vuoden 1980 jälkeen, jolloin alkoi avohoidon kehittäminen ja psykiatristen sairaalapaikkojen suunnitelmallinen vähentäminen Suomessa. Laitospaikat ovat vähentyneet vuoden 1980 noin 20 000 sairaalapaikasta vuoden 2009 noin 4000 paikkaan. (Nyman ja Stengård 2001, 15; Richt 2017, 1.) Psykoottisten häiriöiden määrä Suomen vankiloissa on viimeisen 11 vuoden aikana (2005-2016) lisääntynyt kymmenkertaisesti vankien keskuudessa. Syitä tälle dramaattiselle lisääntymiselle voi olla monia, vaikka ne ovat vielä toistaiseksi epäselviä. Kuitenkin voidaan todeta, että nopean psykoottisten vankien määrän kasvun vuoksi tarvitaan toimenpiteitä psykiatrisissa palveluissa ja vankiloiden psykiatrisessa hoidossa. Vankiloiden ei tulisi olla laitospaikkojen vähentämisen myötä viimekäden paikka psyykkisesti sairaille. Näyttää siltä, ettei avohoito ole ollut riittävä palvelu kaikille riskiryhmille. (Jüriloo, Pesonen ja Lauerma 2017, 5.) Avohoidon liiallista laajentamista kritisoivat Rautanen ja Korkeila (2015) kuvatessaan Tanskan tilannetta esimerkkinä siitä, miten julkisten psykiatristen sairaalasijojen supistaminen, on johtanut potilaiden hoitoon hakeutumiseen oikeuspsykiatrian kautta. Tanskassa oikeuspsykiatristen potilaiden määrä on sairaalasijojen vähentämisen myötä kasvanut noin 300 potilaasta 3000 potilaaseen. Yhteiskunnallisten asioiden pohtiminen onkin Suomessa nyt ajankohtaista, koska vastaavaan oikeuspsykiatristen potilaiden kasvuun meillä tuskin on varaa. (Rautanen ja Korkeila 2015.)

Psykiatristen sairaalasijojen vähennys tarkoittaa samalla hoitoaikojen lyhentymistä ja sitä, että myös akuutisti sairastuneet potilaat palaavat sairaalahoidosta nopeammin omaisten ja läheisten luokse. Avohoidon resurssien lisääminen on ollut hitaampaa kuin sairaalasijojen vähentäminen, joten vastuu läheisen hyvinvoinnista on siirtynyt omaisen harteille ja samalla heidän yhdessä viettämä aika lisääntynyt. Omaisen on muuttunut hoitojärjestelmän lisäresurssiksi. Tilanne useimmiten on omaiselle uusi ja selviydyttävä on ilman tarvittavaa tietoa, taitoa ja tukea. (Nyman ja Stengård 2001, 15.)

Tutkimuksia mielenterveyspotilaiden omaisista on Suomessa tehty vielä vähän, vaikka asiaa voidaan pitää ajankohtaisena. Omaiset itse ovat hiljalleen aktivoituneet kehittämään mielenterveystyötä.

Suomeen on perustettu useita omaisyhdistyksiä sekä mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, joiden kautta tutkimuksia on jonkin verran tehtynä. (Nyman ja Stengård 2001, 15.)

3.2.1 Omaisten kokemuksia ja toiveita omaisyhteistyöstä

Hoitoon pääseminen koettiin haastavaksi. Omaiset kokivat, ettei sairaalahoito läheiselleen olisi edes mahdollisesti järjestynyt ilman omaisen aktiivisuutta tai määrätietoisuutta vaatia läheiselleen hoitoa. Läheinen saattoi olla lääkärin vastaanotolla koostunut ja pystyi kertomaan tilanteestaan hyvin uskottavasti, mutta omaiset kokivat, että heillä olisi saattanut kuitenkin olla tilanteesta oma näkökantansa kerrottavana. Myös joitakin kokemuksia riittävästä ja hyvistä palveluista nousi näissä tutkimuksissa esiin. (Peltola 2017, 27-28; Pasonen 2016, 48-49.) Avohoito koettiin saatujen palveluiden osalta laadultaan hyväksi, mutta läheisen tarve tuelle oli kuitenkin enemmän, kuin avohoito pystyy tarjoamaan. (Pasonen 2016, 48). Mielenterveyslaki määrittää, että *"henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas tai jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväiksi tai ovat riittämättömiä."* (Mielenterveyslaki 1990/1116, § 8).

Läheisen hoitoon päästessä omaiset kokivat hyvän omaisyhteistyön alkavan heidän huomioimisellaan. Sairaalahoitoon voi liittyä omaiselle uusia asioita, kuten uusi ympäristö ja osasto. Omaisilla saattoi myös olla jonkinlaisia ennakkoluuloja tai pelkoja kohdistuen sairaalahoitoon. Näiden asioiden läpikäyminen helpottaisi jo omaisyhteistyön aloittamista. Omaiset kokevat, että ammattilaisilla on tieto ja taito sairaudesta sekä oireista, joiden kanssa he ovat joutuneet selviytymään läheistään tukiessa. Täten hoitoon pääseminen on monesti omaisille helpottava tieto. Osa omaisista koki ammattilaisten tiedustelun omasta mielipiteestään ja ajatuksistaan olleen kunnioitusta nostattavaa ja synnyttänyt luottamusta ammattilaisiin kohtaan. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 39-40.)

Useissa tutkimuksissa kävi ilmi, että tiedon saaminen, sen molemminpuolinen jakaminen sekä avoimuus olivat omaisille tärkeää (mm. Nyman ja Stengård 2001; Jakobsen ja Severinsson 2006; Doornbos 2002; Pasonen 2016) ja eniten omaiset kaipaavat ammattilaisilta tiedon saantia. (mm. Pasonen 2016; Hakala ja Pajunen-Aulis 2009; Peltola 2017; Doornbos 2002; Muscroft ja Bowl 2000). Ikävä kyllä, vaikka ne olivat omaisille tärkeitä asioita, niin tutkimuksien mukaan yleiskuva yhteistyöstä omaisten ja ammattilaisten välillä synkkä. Omaisia ja mielenterveysjärjestelmän toimivuutta tarkastelevassa tutkimuksessa 85 % vastanneista omaisista kertoi kohdanneensa vuorovaikutusongelmia ammattilaisten kanssa. Omaiset eivät saaneet ammattilaisilta asiaan kuuluvaa tietoa läheisestään ja heidät jätettiin hoidon ulkopuolelle. (Doornbos 2002, 42.) Tiedonsaannin estäminen koettiin jopa ammattilaisten vallankäyttönä ja osoittavan epäileväisyyttä omaisia kohtaan. (Jakobsen ja Severinsson 2006, 504). Tiedolla tarkoitetaan hyvin kokonaisvaltaista tietoa, jota omaiset kaipaavat sairauden alkuvaiheilta alkaen pitkälle kuntoutumiseen asti. (Muscroft ja Bowl 2000, 133.) Kirjallisuudessa sekä tutkimuksissa painotetaan omaisten mukaan ottamista hoitoon jo alkuvaiheilla. Omaisten ensimmäisellä käynnillä osastolla on jo suuri merkitys yhteistyön alkamiselle. Tässä hoidon

alkuvaiheessa, puhelinyhteydellä tai ensimmäisellä käynnillä osastolla, omaiset toivovat perehdytystä osastoon ja sen toimintatapoihin. Omaiset haluavat toimia osaston käytäntöjen mukaan, mutta usein tilanne saattaa olla täysin uusi ja hoitopaikka vieras, jolloin omainen voi vain hämmästellä asioita joita ei ymmärrä. Omaisilla voi olla pelkoja tai ennakkoluuloja hoitopaikkaa kohtaan. Omaisten hämmennystä lievittämään voisi tarjota tietopakettia hoito-osastosta esitelehtisen muodossa. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 39-40.) Hoito-osaston lisäksi tietoa kaivataan muun muassa sairastuneen läheisen voinnista. Tietoa kaivataan sairaudesta, jota ei ymmärretä ja josta ei useinkaan osata kysyä, kuten somaattisista sairauksista. Kiinnostuneita ollaan sairauden hoidosta ja neuvoista siihen, kuinka pärjätä omaisena sairastuneen läheisen ja hänen sairautensa oireiden kanssa. Tietoa kaivattiin myös lääkeshoidosta ja muista annettavista hoitomenetelmistä. (Pasonen 2016, 51; Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 32; Berg ja Johansson 2003, 12; Koskisuus ja Kulola 2005, 51; Bovenkamp ja Trappenburg 2009, 122.) Tietoa kaivattiin sairauden vaikutuksesta sairastuneen arkeen ja toimintakykyyn sekä mahdollisista sairauden varomerkeistä, joiden tultua esiin omaiset osaisivat tilanteeseen puuttua. (Peltola 2017, 46). Doornbossin (2002, 43) tutkimuksessa tuli vielä esiin tarve koulutukselle sairauden ymmärtämiseksi ja tarve ammattilaisten avustukselle vertaistuen kanssa verkostoitumiseen.

Pahimmassa tapauksessa omaiset kokivat tulleen syyllistetyksi läheisensä sairaudesta ammattilaisten puolesta. (Doornbos 2002, 42). Omaiset kokivat liiallisen potilaskeskeisyyden laiminlyövästi mielen-terveysongelmaisen sosiaalista verkostoa. Omaiset jäivät ilman neuvoa ja tukea ja tämä kääntyy ongelmaksi siinä vaiheessa, kun omaisten tulee taas ottaa "hoitajan rooli" kotona läheisestään. (Van de Bovenkamp ja Trappenburg 2009, 124.) Ammattilaisten tuntui olevan vaikea ymmärtää omaisen kriisiä ja tiedontarvetta. Omaisia ei myöskään huomattu neuvoa saatavista tukitoimista tai palveluista, joita läheiselleen voi hakea. Omaisyhdistyksien toiminnasta omaiset olivat kuulleet lähinnä toisilta omaisilta, eivätkä ammattilaisilta. Myönteisiksi kokemuksiksi tiedonkulussa koettiin tiedon saaminen läheisen sairaudesta ja sairauden hoidosta sekä omaisen mielipiteen huomioon ottaminen ja kuuleminen. (Pasonen 2016, 52-53.) Omaisten keskuudessa arvotettiin ammattilaisia, jotka olivat myötätuntoisia, avoimia, halukkaita kuuntelemaan ja aloittivat yhteydenpidon omaisen kanssa. (Doornbos 2002, 43).

Omaiset kokivat hoitoneuvotteluihin osallistumisen tärkeänä ja hyvänä väylänä saada tietoa läheisen tilanteesta. Kuitenkin kokemuksia oli myös siitä, että hoitoneuvotteluissa kerrattiin vain viimeviikon kuulumiset. Hoitoneuvottelulta toivotaan vuoropuhelua. Hoitoneuvottelut joihin osallistui paljon ammattilaisia, saatettiin kokea ahdistavina ja niissä omainen tunsikin jäävänsä huomioitta. Hoitoneuvotteluista oli myös kokemuksia omaisen ylitsepuhumisesta ja ammattilaisten keskenään puhumisesta ilman omaisen huomioimista. (Peltola 2017, 32-34.) Hoitoneuvotteluiden tai paritapaamisten osalta omaisilla oli myös pelkoa siitä, että perhe tai parisuhde voidaan tuomita epäonnistuneeksi ammattilaisten puolesta. (Koskisuus ja Kulola 2005, 41). Omaiset halusivat hoitoneuvotteluihin osallistuessa tulla kohdelluksi omaisena, jonka tuntemuksia tiedusteltiin, eikä ulkopuolisena tai ammattilaisena, josta kokemuksia löytyi. Omaisilta tulisi myös tiedustella, että varmasti kaikki hoitoneuvottelussa tai keskustelussa käydyt asiat tulivat ymmärretyksi, eikä omaiselle jäänyt epäselviä asioita, joita ei itse uskaltanut tai ymmärtänyt tilanteesta selvittää. Ammattilaisilta toivottiin tukea ja ymmärrystä omaisen huoleen ja turhautumiseen, joita hoidon aikana esiintyy. (Peltola 2017, 32, 35; Jakobsen ja

Severinsson 2006, 504.) Hoitoneuvotteluiden hyvinä puolina oli kuitenkin rehellisen tiedon saaminen hoidon tilanteesta ja avun saaminen omaisen omaan hämmennykseen. Omaiset saivat kysyä mieltä askarruttavia asioita saaden niihin vastauksia. Hyväksi koettiin myös se, että ammattilaiset tavataan yhdessä potilaan kanssa, joka tuo hoitoon avoimuutta. Hoitoneuvotteluiden rajallinen aika vaikutti joskus siihen, että omaiset eivät saaneet kysytyksi kaikkea mitä olisi pitänyt. Omaisille tärkeää yhteistyön luomisessa oli yhteinen läheisen hoidon suunnittelu. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 29, 31.) Skitsofrenian käypä hoito -suosituksessa (2015) mainitaan hoitosuunnitelman tekemisen yhdessä sairastuneen omaisten ja läheisten kanssa olevan tärkeä psykososiaalisen intervention muoto. (Skitsofrenia: käypä hoito 2015).

Omaisille on tärkeää päästä keskustelemaan hoitajien kanssa. Keskusteluille kaivattiin enemmän aikaa ja mahdollisuuksia. Keskustelut olivat jääneet usein lyhyiksi tapaamisiksi ja jättänyt omaisille kysymyksiä mietittäväksi. Lääkäreiden kohtaamisia omaisten kokemuksissa oli vähän ja niitä toivottiin enemmän tapahtuvaksi. Omaiset kaipasivat keskustelua ammattilaisten kanssa sekä ilman läheistään, että myös läheisensä läsnä ollessa. Omaiset toivoivat ammattilaisen kanssa kahden kesken pääsevänsä kertomaan ennen hoitoa tapahtuneista tapahtumista sekä keskustelua myös itsensä vuoksi. Kahdenkeskisellä keskustelulla omaiset halusivat säästää sairasta läheistään, jotta ei kuormittaisi tätä omilla kokemuksillaan tai loukkaisi läheistään kokemillaan tunteilla tai ajatuksillaan, joita ammattilaiselle haluaa kertoa. Omaiset kokivat, että toisinaan läheisen omahoitajakeskusteluun osallistuminen olisi ollut mieleistä ja iltai-aikaan tapahtuviin keskusteluihin osallistuminenkin helppoa. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 32, 36.)

Omahoitajan merkitystä korostettiin ja omaiset kokivat saavansa parhaimman tuen itselleen sairastuneen läheisensä omahoitajalta. (Lindberg 2007, 73). Omaiset kaipasivat ammattilaisilta tukea. Kokemuksia löytyi siitä, että hoitaja kysyy omaisen jaksamista, mutta myös kokemuksia siitä, ettei omaisen jaksamista kyselty lainkaan. Omaiset kokivat jaksamisen kyselemiset hyväksi ja saivat samalla kertoa tunteitaan ammattilaiselle. Omaiset osasivat huomioida omia tunteitaan vasta hoidon edetessä ja tunteiden koettiin vaihtelevan useasti. Tunteiden vaihtelut kielivät omaisten väsymyksestä. Omaisia helpotti selkeä tieto ja luottamus läheisen hoitoon. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 35-36.) Omaiset kokevat ammattilaisten tuen tarpeen olevan tärkeää kaikissa elämänvaiheissa, eikä vain sillä hetkellä, kun läheinen sairastuu. (Lindberg 2007, 71). Omaiset pitivät ammattilaisella tärkeänä vuorovaikutustaitoja. Empaattinen, kuunteleva ja kiinnostunut ammattilainen koettiin toivottavana. Ammattilaisen odotettiin myös kohtaavan läheinen, eli potilas tasavertaisena ihmisenä. Ammatillista kokemusta ja ammattitaitoa pidettiin etuina ja jos omaiselle tuotiin esiin erilaisia hoito- ja kuntoutumisvaihtoehtoja, koettiin se hyvänä asiana ja huomion osoituksena. Yksilöllisen hoidon toteuttamista ja ammattilaisen kiinnostusta hoitosuhteeseen arvostettiin. (Nyman ja Stengård 2001, 57-60.)

3.2.2 Ammattilaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä

Opinnäytetyössä ammattilaisella tarkoitetaan potilaan hoitamiseen osallistuvaa henkilöstöä, eli hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä sekä muita ammattiryhmiä kuten sosiaalityöntekijöitä, psykologeja sekä toimintaterapeutteja.

Ammattilaisten kokemukset yhteistyöstä omaisten kanssa olivat vaihtelevia. Omaistyön tarpeellisuus tunnuttiin tavallaan ymmärrettävän, mutta silti sen toteutuminen antoi haastavan vaikutelman. (Weimand, Sällström, Hall-Lord ja Hedelin 2013; Kivimäki 2008; Lindberg 2007).

Jo itsessään omaisten kohtaaminen koettiin haastavana sen jännittävyys vuoksi. Omaisia kohdattaessa tulee ammattilaisten huomioida paljon enemmän asioita, kuin yksittäisen potilaan kohtaamisessa. (Kivimäki 2008, 42-43.) Omaisten tapaaminen toteutuu paremmin perheissä, joissa omaiset ovat aktiivisia yhteydenotoissa ammattilaisiin ja perheen sairastunut joko nuori tai sairauden alkuvaiheessa. Aikuisten ihmisten ja pitkäaikaissairaiden omaiset tai omaiset, jotka eivät itse toimineet aloitteen tekijänä yhteistyölle, saattoivat jäädä yksin ja ilman kontaktia ammattilaisten kanssa. Omaisten kohtaamisten välttely saattoi myös johtua omaisten vaativuudesta tai siitä, että ammattilaiset kokivat työnteossa pääsevänsä helpommalla ilman omaisia. (Lindberg 2007, 59, 61.) Ammattilaiset kuitenkin kokivat, että omalla esimerkillään he voisivat vaikuttaa omaisten kohtaamiseen mm. antamalla heille enemmän aikaa ja suurimman ammattiryhmän edustajana hoitajat voisivat tehdä merkittäviä parannuksia omaisyhteistyössä huomioimalla omaiset. (Lindberg 2007, 61; Korhonen, Pietilä ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 73).

Ammattilaiset kokivat myös luottamuksellisuuden olevan haaste omaistyössä. Vaikka tiedettiin omaisten tiedon tarve ja tietojen luovutukselle potilaan lupakin oli, niin silti ammattilaisten oli helpompaa keskittyä potilaan kanssa luottamuksellisen suhteen luontiin, kuin tiedon jakamiseen omaisille. Luottamus tunnistettiin sitoutuvan hoitosuhteeseen. Uskollisuus potilaalle ja hänen puolestaan puheena toimiminen olivat ammattilaisille merkityksellisiä asioita. Tiedon jakamatta jättäminen omaisille oli helppoa ja turvallista ja tähän turvallisuuteen oli myös helppo vedota, kun omaistyötä ei tehty. Haasteena koettiin myös omaisten ja potilaan eriävät mielipiteet asioista ja potilaan mahdollinen paranoisuus omaisyhteistyöhön. Täten omaisten etusijalle laittaminen aiheuttaa hoitosuhteen kannalta ongelmia. Lääkehoitoa, hoitoa ja sääntöjä vastustavat omaiset olivat yhteistyöltä vaikeita ja omaiset, joilla itsellä oli mielenterveysongelma tai seksuaalista hyväksikäyttöä kohdentuen potilaaseen koettiin yhteistyöltä vaativiksi. Haasteelliseksi koettiin myös omaisyhteistyö eri kulttuurien kanssa johtuen mahdollisesti puuttuvasta yhteisestä kielestä, erilaisesta ymmärryksestä sairauteen ja sen hoitoon sekä rajoista joita tulisi yhteisössä noudattaa. (Weimand ym. 2013, 291, 293.) Ammattilaiset kokivat itsekkin tukevansa ja kuuntelevansa omaisia liian vähän ja olivat siitä pahoillaan. Ammattilaiset jotka olivat omaisia tukeneet, esimerkiksi vointia kyselemällä, olivat kokeneet nämä keskustelut omaisen hyvinvointia tukevana. (Lindberg 2007, 59). Haasteista huolimatta omaisten kanssa yhteistyö koettiin tärkeäksi ja omaisia osattiin pitää hyvänä tiedonsaannin kanavana potilaan menneisyydestä, varsinkin sairastumisen alkua ajoilta. Mukavaksi koettiin hetkellinen ja ennalta suunnittelemaan tapaaminen omaisen kanssa, jolloin ammattilaiset kokivat puheen tason olevan arkisempi ja saa-

neensa hyvän mielen omaisen hetkittäisestä huomioimisesta. Ammattilaistenkin mielestä omahoitajan rooli omaisyhteistyössä on merkittävä. (Kivimäki 2008, 45-46.)

Omaisille annettu tiedon määrä koettiin riittämättömäksi. Tiedon antamista ei juurikaan suunniteltu etukäteen ja sitä annettiin lyhyissä keskusteluissa tipoittain hoitajälhtöisesti, eli jokainen omalla tyyllillään, ammattitaidollaan ja asenteellaan. Ammattilaisilla oli kuitenkin hyvin tiedossa minkälaista tietoa omaisille tulisi antaa, kuten esimerkiksi hoidon tavoitteista ja sisällöstä, sairaudesta, yhteisistä tapaamisista ja kotiin pääsystä. Ylipäättään tiedon jakaminen puolin ja toisin omaisen ja ammattilaisen välillä tiedettiin yhteistyön kannalta tärkeäksi. Tästäkin huolimatta omaisia ei huomioitu riittävästi tiedon saannilla. Myöskään jatkohoitopaikan yhteystietoja tai potilaan kotiuttamista ei aina huomattu omaisille tiedottaa. (Lindberg 2007, 62-63; Kivimäki 2008, 48.) Yhteistyössä omaisten kanssa kuitenkin aina edetään potilaan tahdon mukaan ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Omaistyössä haastavia ovat tilanteet, joissa potilas kieltää tietojensa luovuttamisen, mutta omaiset kaipaavat tukea. Helpoimmaksi keinoksi toteuttaa omaisyhteistyötä on todettu tapaamiset omaisten kanssa niin, että potilas on tapaamisessa mukana. Tällöin on turvallisempi puhua potilaan hoidosta ylittämättä potilaan asettamaa rajaa tietojen annossa. (Kivimäki 2008, 48-49.)

Tutkimuksissa nousi esiin hoitajien osaamattomuus toteuttaa omaisyhteistyötä lähinnä koulutuksen ja toimintamallien puutteen vuoksi. (mm. Weimand ym. 2013; Korhonen ym. 2010; Maybery, Goodyear, O'Hanlon, Cuff ja Reupert 2014; Lindberg 2007; Bovenkamp ja Trappenburg 2009). Esiin nousi tarve lisäkoulutukselle, omaisten kohtaamiseen ja tietoisuuden lisäämiseen. Perhekeskeisten käytänteiden toteuttamiseen kaivattiin työpaikkaohjausta. Esiin nousi myös hoitajien peruskoulutuksessa perhetyön opetuksen puutteellisuus. (Maybery ym. 2014, 614.) Ammattilaisten vuorovaikutusta omaisten kanssa voidaan lisätä käyttämällä perhekeskeistä hoitofilosofiaa. Kokemus perhetyöstä ja perheopetus lisäsivät ammattilaisten vuorovaikutusta omaisiin. (Korhonen ym. 2010, 73.) Organisaatioista usein puuttui malli perhetyön toteuttamisen käytänteisiin ja omaistyöskentelyyn. Muutosta omaisyhteistyön käytänteissä täytyy edeltää muutos visiossa. (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck ja cuijpers 2015; Weimand ym. 2013). Hoitajilla ei ollut riittävästi taitoa omaisten kohtaamiseen. Omaisten tukeminen jäi tekemättä hoitajien tiedon ja toimintamallin puutteen vuoksi. Puutteellisten taitojen vuoksi hoitajat välttelivät omaisten kohtaamista ja siirsivät vastuun omaistyöstä herkästi lääkärille. Työyhteisön toimintamallit, kulttuuri ja arvot vaikuttivat omaisyhteistyön toteutumiseen. Työyhteisössä ei esimerkiksi pohdittu tarpeeksi omaistyön toteuttamista tai rohkaistu osaamisen kehittämisessä. Tiedon puuttuminen omaisten tukemisen merkityksestä ja perhehoitotyön käsitteestä koettiin olleen omaistyöskentelyn esteenä. (Lindberg 2007, 64-65.) Jotta omaisyhteistyö saadaan käyntiin heti hoidon alusta alkaen, niin tarvitaan selkeyttä, yhtenäistä näkemystä ja toimintamallia. (Hakala ja Pajunen-Aulis 2009, 43).

3.2.3 Psykoedukatiiviset perheinterventiot

Psykoedukaatio käsitteelle ei ole suomenkielessä vastinetta, vaan se on suora käänнос englanninkielisestä käsitteestä "psychoeducation". Sanan edukaatio voidaan ajatella tarkoittavan opettamista tai tiedonantamista. Sitä kuvataan myös suunnitelmalliseksi prosessiksi, jolla pyritään antamaan tietoa,

muuttamaan asenteita ja lisäämään taitoa. Edukaatiolla voidaan vaikuttaa toisen käytökseen. Psykoedukaatio kannattaa ajatella osaksi terveyskasvatusta, jolla voidaan pyrkiä vaikuttamaan psyykkisesti sairaan ihmisen terveystyöskentelyyn. Psykoedukaatiota hyödynnetään enimmäkseen potilaiden hoidossa, mutta se tulisi nähdä myös osana laajempia interventioita. Potilaan omaisten ohjaaminen psykoedukaatiivisin menetelmin on keskeinen osa omaistyötä. Tarkoituksena on opettaa myös potilaan lisäksi hänen perhettään, jolloin selviytyminen kotona voi olla helpompaa. (Johansson 2009, 13-14.)

Skitsofrenian käypä hoito -suosituksessa (2015) hoidon yleisperiaatteena sanotaan, että potilaan perhe ja muut läheiset tulee ottaa mukaan hoitoon heti hoidon alkuvaiheessa, sekä huomioida myös perheen lapset. Käypä hoito -suosituksessa painotetaan myös perhe- ja verkostokeskeisen työskentelyn edistämistä. Sairauden hoitamisen akuuttivaiheessa hoitomyönteisyyttä sekä -tuloksia parantavat sujuvan ja luottamuksellisen yhteistyön luominen potilaan ja perheen kanssa. Potilaan perheelle tulisi akuuttivaiheessa antaa kriisiavullista tukea. Akuutin vaiheen jälkeen voinnin tasoittuessa suositellaan annettavaksi psykoedukaatiivista perheinterventiota. Käypä hoito -suosituksen mukaan psykoosien uusimisen estämisessä on keskeistä, että potilas ja hänen perheensä koulutetaan havaitsemaan psykoosia edeltävät varomerkit ja oireet. (skitsofrenia: käypä hoito –suositus 2015)

Omaisten mukaan ottaminen hoitoprosessiin voi olla, potilas mukaan luettuna, kaikille hyödyllistä. Ammattilaisten tulisi toteuttaa omaisyhteistyötä ja olla sen hyödyistä tietoisia. (Bovenkamp ja Trappenburg 2009, 124.) Psykoedukaatiolla voidaan antaa potilaalle ja hänen omaisilleen tietoa sairaudesta ja sen hoitamisesta sekä keinoja sairauden kanssa selviämiseen. Psykoedukaatio on siis oiva työväline sen tiedon antamiselle omaisille, mitä he ammattilaisilta kaipaavatkin. Psykoedukaatio on psykoosien hoidossa yksi vaikuttavimmista hoitomuodoista. Psykoedukaation vaikuttavuutta lisää huomattavasti sen liittäminen perhetyöhön. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133.) Tutkimusten mukaan psykoedukaation on todettu lievittävän sairastuneen oirehdintaa ja helpottavan toipumista. Sen on todettu lisäävän tietoa sairaudesta ja vähentävän sairaalajaksojen uusiutumista. Sen on todettu myös vähentävän omaisten taakkaa ja jopa helpottaneen kommunikaatiota kotona sairastuneen ja omaisten välillä. (Berg ja Johansson 2003, 5; Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133.) Psykoedukaation tulisi olla osa hoitoa aina alkuvaiheesta kuntoutumiseen ja jokaisessa hoitoyksikössä tulisi olla selkeä ohjeistus psykoedukaation toteuttamiseen. Omaisten ja läheisten kanssa käydyn psykoedukaation tulisi sisältää seuraavia elementtejä, kuten tiedon antamisen skitsofreniasta, eli miten se määritellään, millaisia oireita siihen kuuluu, kuinka diagnoosi asetetaan ja mitä se ylipäätään merkitsee. Tietoa skitsofrenian syistä ja ennusteesta. Antaa tietoa lääkeshoidosta ja muista hoitomuodoista. Käydä läpi haavoittuvuus-stressimalli, jolla voidaan lisätä sairastuneen ja hänen omaistensa ymmärrystä psykoosin puhkeamisesta. Psykoedukaation tulisi sisältää myös sairastuneen läheisen varomerkkien tunnistusta ja hallintakeinojen kokoamista sekä henkilökohtaisen hätäsuunnitelman tekemisen sen varalle, että ulkopuolista apua tarvitaan. Omaisten kanssa olisi vielä hyvä kerrata kuinka omaiset voivat auttaa skitsofreniaan sairastunutta läheistään ja käydä läpi hoitoa koskevat lait ja säädökset, joihin omaiset voivat tarkemmin itsenäisesti tutustua. Tietoa on paljon ja sen antaminen tulisi tapahtua monessa eri keskustelussa yhden tapaamisen sijaan. Tietoa tulisi antaa selkeästi ja sopivina kokonaisuuksina. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133, 2136-2138.) Tutkimusten mukaan omaisten mu-

kaan ottaminen psykoedukaatioon tekee siitä tehokkaamman. Psykoosioireilua suojaa sosiaalinen ympäristö, jossa on ymmärrystä psykoosista ja skitsofreniasta sekä stressitekijöiden vaikutuksista, joten omaisten mukana oleminen ja tiedon lisääminen voi toimia psykoosien uusiutumisen suojana. Monesti myös omaisten syyllisyyden tunteet helpottavat heidän huomattessaan olevan syyttömiä läheisen sairauden puhkeamiselle. Omaiset ovat potilaalle tärkeämpiä, kuin hetkellisesti rinnalla kulkevat ammattilaiset. Omaiset kulkevat potilaan rinnalla hoidon jälkeenkin, joten tästä syystä tiedon siirtäminen sairauden hallinnasta potilaan ja omaisten käyttöön on tärkeää. (Bruijn 2006, 4224.) Skitsofrenian käypä hoito –suosituksessa todetaan psykoedukaation vaikuttavuudesta olevan vahva A-luokan tutkimusnäyttö (skitsofrenia: käypä hoito –suositus 2015) ja psykiatrasta hoitomenetelmistä psykoedukaation vaikuttavuudesta on erityisen hyvää näyttöä perhetyön yhteydessä. Psykoedukaatio on tärkeä psykososiaalinen hoitomuoto, joka tulisi liittää erityisesti perheinterventioihin ja ensipsykoosien hoitoon. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2134.)

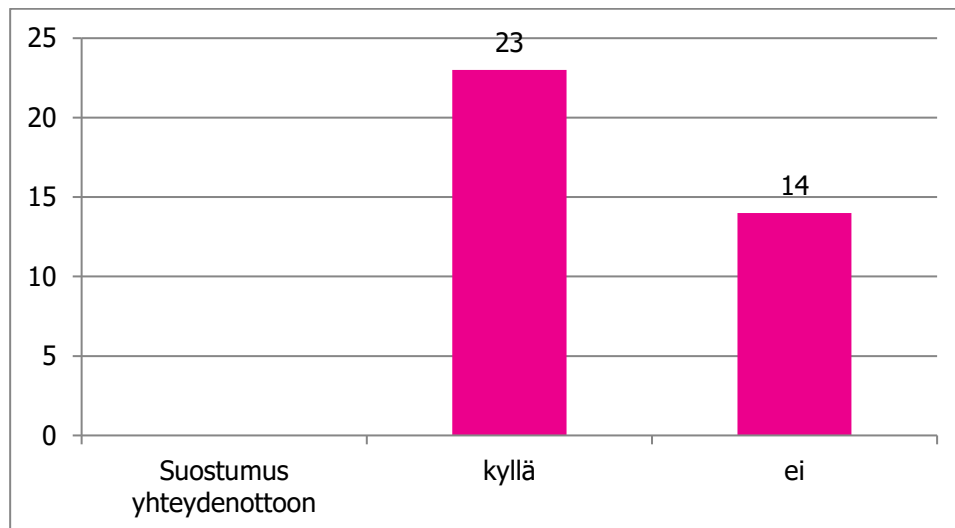
Niuvanniemen sairaalan skitsofrenian käypä hoito – suosituksessa oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon keskeisistä asioita nousee esiin potilaan ja mahdollisuuksien mukaan myös perheen psykoedukaatio. Psykoedukatiivisia interventioita suositellaan osaksi skitsofrenia potilaan ja hänen omaistensa hoidon kokonaisuutta. Omaisten psykoedukaatiota on käynnisteltä, mutta edelleen sen voidaan todeta olevan yksi kehittämisen kohde organisaatiossamme perhetyön kokonaisuudessa. (Päivitetty skitsofrenian käypä hoito –suositus Niuvanniemen sairaalassa 2012, 1, 15.) Niuvanniemen sairaalassa käynnistettiin vuonna 2015 kehittämishanke psykoedukatiivisten potilasryhmien tehostamiseksi. Sairaalassa on käytössä kaksi strukturoitua psykoedukaatio ohjelmaa, jotka soveltuvat skitsofreniaa ja skitsoaffektiiivista häiriötä sairastaville potilaille. Henkilöstöä on koulutettu säännöllisesti psykoedukaation ryhmäohjaajiksi. (Ohje psykoedukatiivisten potilasryhmien toiminnasta Niuvanniemen sairaalassa 2015, 3, 5.)

3.3 Omaistyön laatukriteerit Niuvanniemen sairaalassa ja niiden täyttyminen osastolla

Niuvanniemen sairaalan sekä osasto 8 laatukriteerit perhetyön osalta määrittävät yhteydenoton omaisiin tai lähiverkostoon kahden viikon kuluessa hoidon aloittamisesta. Laatukriteereissä määritellään myös perheen tapaaminen sairaalassa tai kotikäynnin tekeminen vähintään kerran vuodessa. (Päivitetty skitsofrenian käypä hoito -suositus Niuvanniemen sairaalassa 2012, 18-19.) Lisäksi osaston omissa laatukriteereissä määritellään jatkuva yhteydenotto omaisiin vähintään kerran vuodessa. Yhteydenottoa rajoittavia tekijöitä oli kahden potilaan kohdalla eri maassa asuvat omaiset, joille soittaminen sairaalasta ei onnistu ulkomaan numeron vuoksi. Huomioitavaa on myös se, että yhteydenpitoluvasta huolimatta voi potilaan omaiset olla vastahankoisia pitämään yllä yhteistyötä potilasta hoitavan tahon ja potilaan kanssa.

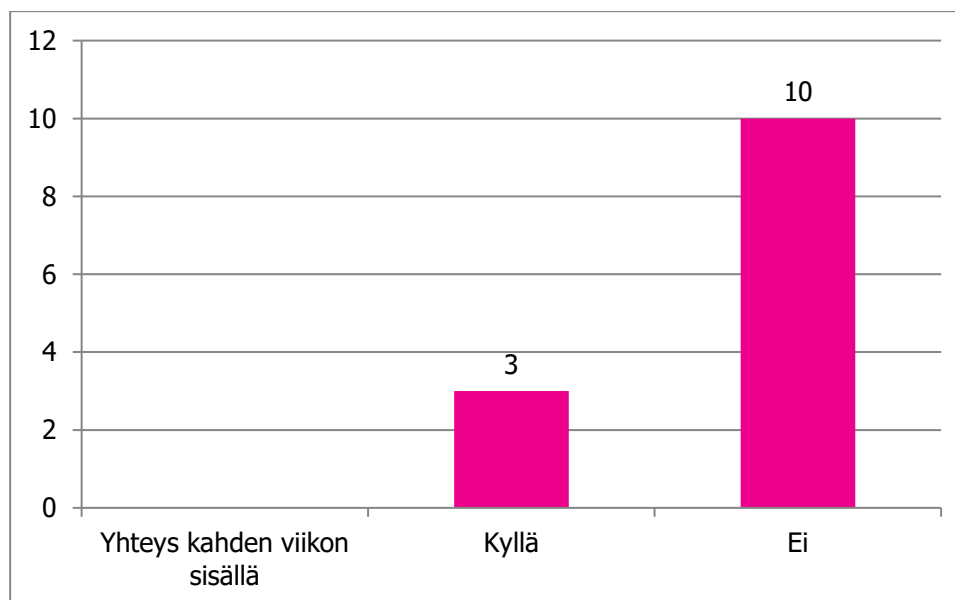
Osastolla tehtiin laadunarviointia v. 2016 ja seuraavassa siitä tuloksia.

Osastolla (kuvio 1) oli hoidossa vuoden 2016 aikana kaikkiaan 37 potilasta, joista 23 antoi luvan ottaa yhteyttä omaisiinsa ja joista 14 kielsi yhteydenoton.



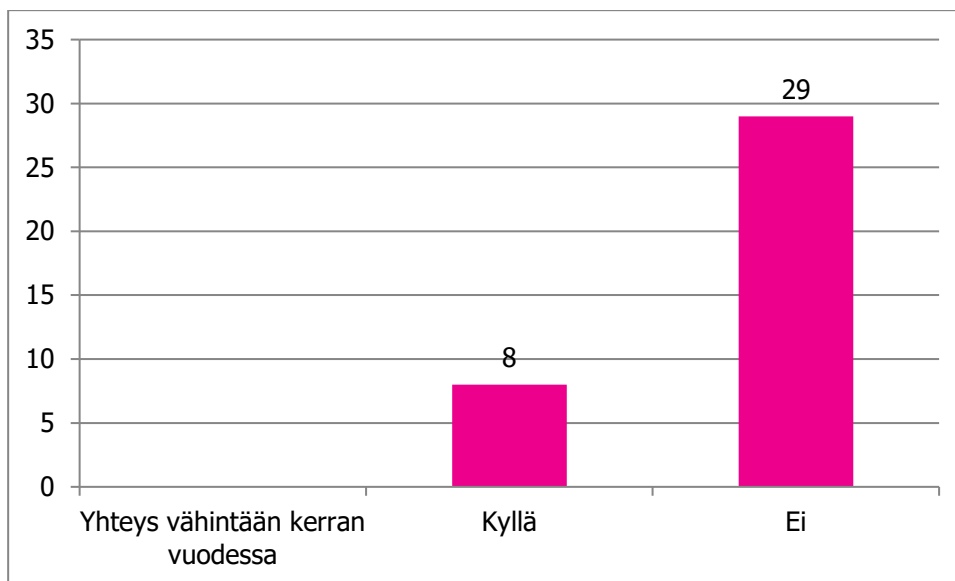
KUVIO 1. Potilaan suostumus yhteydenottamiseen omaisiin.

Osastolla (kuvio 2) aloitti hoidon vuoden 2016 aikana 13 sellaista potilasta, jotka antoivat luvan yhteydenottoon. Kahden viikon sisällä hoidon alkamisesta yhteyttä otettiin 3 potilaan omaiseen.



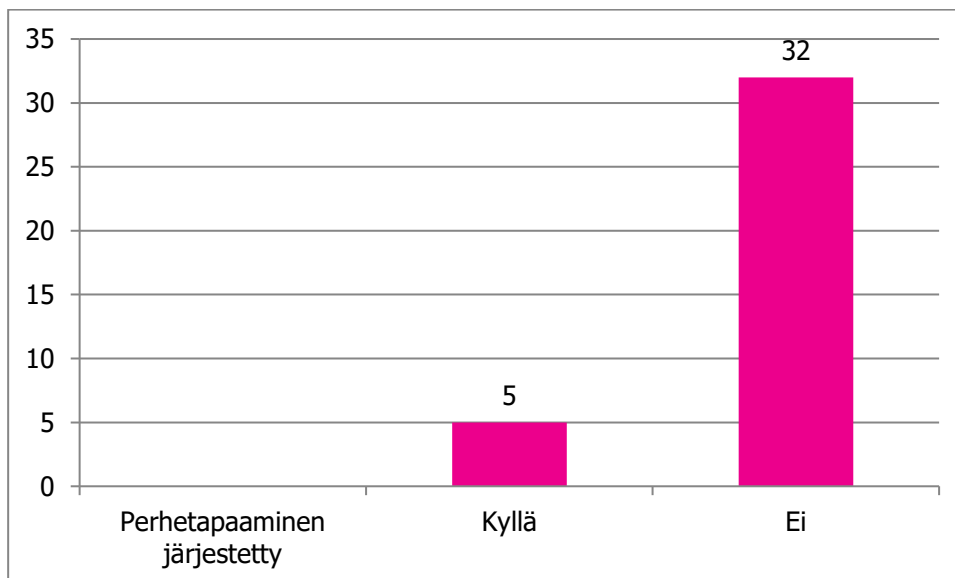
KUVIO 2. Uuden potilaan kohdalla yhteyden ottaminen omaisiin kahden viikon sisällä hoidon aloitamisesta.

Vuoden 2016 aikana (kuvio 3) yhteydenoton sallineiden potilaiden omaisiin otettiin vuoden aikana vähintään kerran yhteyttä 8 potilaan kohdalla.



KUVIO 3. Jatkuvan yhteyden ottaminen omaisiin vähintään kerran vuodessa.

Osastolla kaikista (kuvio 4) hoidossa olleista potilaista perhetapaaminen järjestettiin vuoden 2016 aikana 5 potilaan omaisille.



KUVIO 4. Perhetapaamisten järjestäminen vuoden 2016 aikana.

4 KEHITTÄMISTYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyöni on kehittämistyö, jossa projektin tavoin kehitetään työpajaryhmässä omaisyhteistyön työskentelymallia. Sana projekti tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta ja se on peräisin latinasta. Englanninkieleen projekti sana tuli 1300 luvun jälkimmäisellä puoliskolla ja suomen kieleen 1800 luvulla. Sanaa käytettiin suomen kielen tekstissä ensimmäisen kerran vuonna 1888. Projektityön kuvataan lähes poikkeuksetta jakautuvan erilaisiin vaiheisiin, kuten suunnittelu, käynnistys, toimeenpano ja jälkikäteisarviointi. Projektin vaiheet aukenevat tarkemmin työssäni projektin toteuttaminen osiossa. Projektin hallintaan kuuluu suunnitelma asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, aikataulujen asettaminen ja projektin toimintojen kontrollointi. Tavoitteita asettaessa ja niitä saavutellessa tulee aina pohtia kustannustekijöitä, tuloksellisuutta, aikataulua ja projektin laajuutta, koska projektityössä erityisesti aikataulussa pysyminen on tärkeää. Tavoitteiden saavuttaminen projektissa edellyttää ryhmätyöskentelyä ja ryhmä voi koostua hyvinkin erilaisista jäsenistä aina kansainvälisyyttä sekä eri yrityksiä myöden. Projektin elinkaarella on ajallinen kolmiulotteisuus, johon kuuluvat alku, kesto ja loppu. Muutokset, jotka eivät välttämättä vaikuta projektiin tai sitten muuttavat sen luonnetta täysin, kuuluvat myöskin projektin elinkaareen. Projektihallinnan ja -johtamisen oppikirjat kertovat projektin elinkaareen kuuluvan ideointivaiheen, suunnittelu- ja käynnistämisen vaiheen, tuotanto- ja toimeenpanovaiheen sekä päätösvaiheen. Vaiheilla pyritään aina tiettyjen ennalta-asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Projekteihin kuuluu myös omat riskinsä, jotka syntyvät lähinnä huonosti suunniteltuihin projektin vaiheisiin sekä epäselviin projektin rajauksiin. (Ruuska 2007, 18-20; Virtanen 2000, 30-31, 34.)

Projekti on luonteeltaan kertakäyttöinen, jolle on delegoitu tietty tehtävä sekä valtuudet tehtävän suorittamiseen. Projekti on vastuussa organisaatiolle siitä, että asetetut tavoitteet saavutetaan sovitut resurssit huomioiden. Projektiin valittujen henkilöiden tulee olla päteviä asiantuntijoita, jotka tulevat projektiin suorittamaan tiettyä tehtävää. Projektilla on yleensä asettaja, joka päättää projektin käynnistämisestä. Projektipäällikkö, joka vastaa projektin päätöksenteosta ja yhteydenpidosta projektin yhteistyökumppaneihin sekä on työnjohdollisesti projektin esimies. Lisäksi projektiin kuuluu projektiryhmä, joka koostuu asiantuntijoista. Suurimmissa projekteissa mukana on vielä mm. projektisihteeri ja apulaisprojektipäällikkö. Projekteja luokitellaan eri tavoilla ja luokitteluun oleellisesti vaikuttaa projektin luonne. Uudistamis- tai kehittämisprojektissa keskistytään uuden tuotteen tai järjestelmän kehittämiseen. Ylläpito- ja perusparannusprojektissa voidaan jo käytössä olevaan tuotteeseen tehdä tarvittavia muutoksia. Luokittelua voi myös toteuttaa käytettävissä olevan ajan mukaisesti normaaleista projekteista pikaprojekteihin. (Ruuska 2007, 21-22, 24-25.)

Organisaatioiden toimintaympäristön muutos tapahtuu merkittävää vauhtia ja näkyy mm. organisaation rakenteissa, teknologian kehityksessä sekä osaamisen lisäämisellä ja toiminnan tehostamisella. Kuten Virtanen (2000, 35) kirjoittaa *"älä työskentele enemmän tai kauemmin, työskentele älykkäämmin"*. Organisaatorakenteiden muuttuminen näkyy, niin yksityisellä, julkisella kuin kolmannella sektorilla, hallinnollisen jäykkyyden muuntumisella projekteiksi, työryhmiksi ja tiimeiksi. Suuntaamalla tietyt tehtävät projekteiksi voi organisaatio saavuttaa merkittäviä etuja. (Virtanen 2000, 35-37.) Ihanteellinen organisaatio on samaan aikaan tehokas, oppiva ja henkilöstön hyvinvointia edistävä,

vaikka näiden eri ulottuvuuksien tasapainottaminen ei aina ole kovinkaan yksinkertaista. Tehokkuuden lisäksi organisaation on kuitenkin koko ajan panostettava osaamisen ylläpitämiseen, kehittämiseen ja huolehdittava henkilöstön hyvinvoinnista. Jos edellä mainittuja panostuksia ei toteuteta, niin jää henkilöstön tehokkuus usein hyvin lyhytaikaiseksi. Organisaation tulisi kyetä uudistumaan jatkuvasti, ennakoida muutoksia ja olla nopeasti oppiva. (Sydänmaalakka 2009, 100-102.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön työn ohjeistaminen ja opastaminen sekä toiminnan järjeistäminen ja järjestäminen. Sitä voidaan alasta riippuen käyttää keinona luoda uutta ohjeistusta, opastusta, tapahtumaa tai vaikka opaskirjasta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön projekti ja sen raportointi. Raportointi toteutetaan tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisen opinnäytetyön ja -prosessin avulla päästään usein kehittämään omaa osaamista työelämän kehittämisessä. Projektin aikana on myös mahdollisuus työryhmän toteuttaa omaa innovatiivisuuttaan. (Vilka ja Airaksinen 2003, 9, 16.)

Kun kyseessä on työelämästä lähtöisin oleva toiminnallinen projektityö, tulee säilyttää suhteellisuudentaju projektin laajuudesta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä lopullisena tuotoksena tulee olla jokin konkreettinen tuote ja tässä työssä se tulee olemaan toimintaohje henkilöstölle omaisyhteistyön toteuttamisesta. Opinnäytetyössä ei käytetä tutkimuksellisia menetelmiä, vaikka käytetään tutkimuksellista selvitystä sisällön hankintaan tuotetta toteuttaessa. (Vilka ja Airaksinen 2003, 51, 56.)

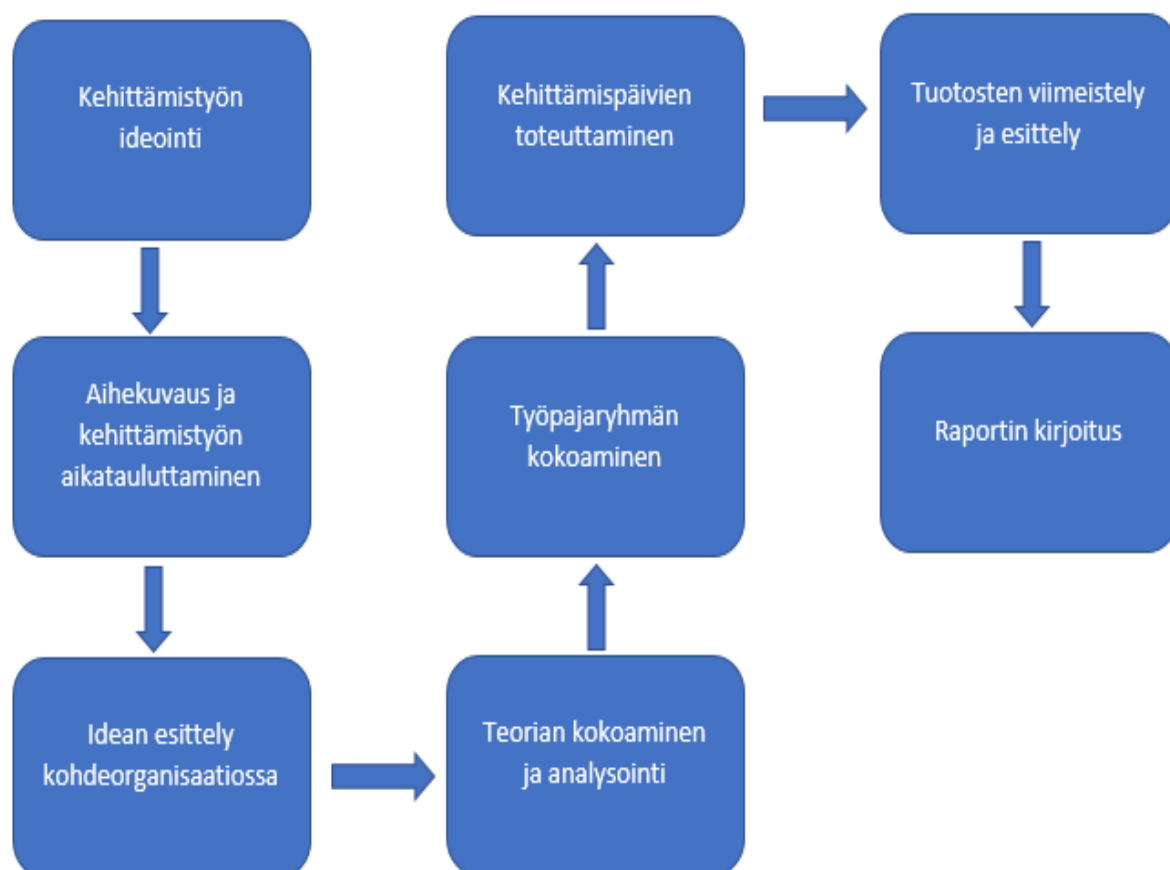
Toiminnallisessa opinnäytetyössä kirjoittaminen muuntautuu hiljalleen työprosessin opinnäytetyöraportiksi. Opinnäytetyöraporttiin kirjataan miten ja miksi, millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty ja millainen työprosessi on ollut sekä laaja arviointi prosessista, tuotoksesta ja oppimisesta. Raportin tulee olla sisällöltään yhtenäinen ja johdonmukainen, sisältää tarvittavat argumentit ja olla lähteiltään luotettava. (Vilka ja Airaksinen 2003, 65-66, 81.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää osastolle toimiva omaisyhteistyön toimintamalli, joka auttaa jo heti hoidon alussa omaista ja ammattilaisia sujuvaan ja toimivaan yhteistyöhön. Toimintamallin avulla pyritään täyttämään organisaation perhetyön laatukriteerit. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, minkälaista yhteistyötä ja tukea omaiset kaipaavat ja kuinka omaistyötä tulisi toteuttaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössäni kehitin työyksikköni omaistyöskentelyn mallin teorian, organisaation laatukriteerien sekä yhteisen pohdinnan kautta, työryhmän osaamista hyödyntäen. Seuraavaksi avaan kehittämistyöni samalla arvioiden sen toteutumista sekä omaa suoriutumistani kehittämistyön ohjaajana.



KUVIO 5. Opinnäytetyön toteutus.

6.1 Kehittämisen kohteena olevan osaston kuvaus

Kehittämistyön kohteena toimii Niuvanniemen sairaalan osasto 8, joka on suljettu oikeuspsykiatrinen vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osasto. Osasto on 23 paikkainen miesten osasto, jolla hoidetaan ja kuntoutetaan mielentilan vuoksi rankaisematta jätettyjä potilaita sekä vaarallisia ja vaikeahoitaisia psykiatrisia potilaita. Osastolla tehdään myös mielentilatutkimuksia. (Niuvanniemen sairaala 2017c.) Osastolla työskentelee osastonlääkäri sekä ylilääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 12 sairaanhoitajaa, 10 mielisairaanhoitajaa tai lähihoitajaa, psykologi, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti.

Osaston tärkein hoitomuoto on lääkehoito. Potilaat usein saapuvat osastolle hoidon ollessa alkuvaiheessa, joten ensimmäisenä huolehditaan toimivan ja potilaalle sopivan lääkityksen aloittaminen. Osastolla tarjotaan myös tärkeitä psykososiaalisia hoitomuotoja. Jokaisella potilaalla on oma- ja kontaktihoitaja, jotka ensisijaisesti vastaavat potilaan hoitosuhdekeskusteluista sekä asioiden hoitamisesta. Potilailla on mahdollisuus aloittaa myös terapiasuhde psykologin kanssa. Lisäksi potilaille tarjotaan psykoedukaatiota sekä päihderyhmää osana kokonaishoitoa. Potilaat saavat osastolla toimintaterapiaa yksilöllisesti ja ryhmämuotoisesti. Toimintaterapiassa tehdään pääosin toimintakyvyn arvioita sekä järjestetään erilaisia virikkeellisiä toimintoja liittyen esimerkiksi liikuntaan tai kulttuuriin. Potilailla on voinnin salliessa ja kuntoutumisen edetessä myös mahdollisuus erilaisiin terapeuttisiin hoitomuotoihin, kuten työterapiaan, taideterapiaan tai liikunnallisiin ryhmiin osallistumista. Osastolla potilaat voivat osallistua kotiasikareiden tapaisiin yhteisöhoitotehtäviin ja samalla ylläpitää toimintakykyään laitossoloissa. Tarpeen mukaan tarjolla on myös fysioterapiaa.

Osastolla potilaan hoidosta vastaa moniammattilinen työryhmä, joka potilaan kanssa yhdessä päättää hoidon linjauksista ja etenemisestä. Potilaita tuetaan osallistumaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Potilaan kanssa tehdään 3 kk välein hoitosuunnitelma, jossa käydään läpi potilaan saamat hoitomuodot viimeisen 3 kk ajalta, psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset vahvuudet ja haasteet sekä potilaan tämän hetken toimintakyky. Hoitosuunnitelmassa asetetaan hoidon tavoitteet yhdessä potilaan kanssa seuraavan 3 kk ajalle tai pidemmälle aikavälille. Samassa yhteydessä käydään vielä läpi potilaan sairauden varomerkit ja keinot, kuinka potilasta voidaan parhaiten voinnin romahtaessa auttaa, arvioidaan väkivaltariski V-risk 10 -menetelmällä sekä arvioidaan potilaan yleinen toimintakyky CAF -arvioinnilla. Potilaan omaiset voivat potilaan luvalla halutessaan osallistua hoitosuunnitelmiin. Osastolla pidetään myös potilastiimejä, joissa tarkoituksena on löytää keinoja potilaan ongelmien ratkaisemiseksi tai helpottamiseksi ja tuoda potilaan hoitoon moniammatillista ryhmäosaamista. Potilaita pyritään hoitamaan yksilöllisten menetelmien mukaisesti.

Osastolla tehdään myös mielentilatutkimuksia. Tutkimuspotilaan hoidosta tutkimuksen ajan vastaa tutkiva lääkäri ja osaston henkilöstöstä kaksi hoitajaa, jotka käyvät tutkimuspotilaan kanssa säännöllisiä keskusteluja. Lisäksi tutkimukseen osallistuu psykologi ja sosiaalityöntekijä, jotka tapaavat tutkittavaa säännöllisesti tutkimuksen aikana. Osastoseurannassa tutkimuspotilasta ja hänen vointiaan seurataan hyvin kattavasti.

6.2 Kehittämissuunnitelman kuvaus

Kehittämisen lähtökohtana opinnäytetyössäni oli omaisyhteistyön laatukriteerien heikko täyttyminen osastolla 8 sekä oma mielenkiinto aiheeseen. Yhteistyökumppanina toimi työnantajani Niuvanniemen sairaala. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa asetin tavoitteeksi omaistyöskentelyn kehittämisen työyksikössäni ja visioksi hyvinvoiva omainen. Lähdin miettimään, kuinka voisimme saada omaisten ja henkilöstön näkemykset omaistyöstä yhtenäisemmäksi. Lisäksi kiinnostuin siitä, että mitä omaiset meiltä odottavat, kuinka heidät saadaan hoitoon mukaan, kuinka heille voi antaa enemmän tietoa sairaudesta ja kuinka saada henkilökunta rohkeammin kohtaamaan omaisia. Aiheesta tehtyjä tutkimuksia analysoidessa ymmärsin ammattilaisten omaistyön heikkouden johtuvan esimerkiksi koulu-

tuksen ja toimintamallien puutteesta. Tutkimusten mukaan omaisten toiveet ammattilaisilta olivat hyvin perinteisiä, kuten tiedon jakaminen ja yhteistyö ammattilaisten kanssa. Toiveisiin vastaaminen potilaan hoitamisen ohella olisi helppoa toteuttaa. Tämän myötä aloin opinnäytetyössäni tavoitella toimintamallin luomista, jonka avulla ammattilaiset aloittavat yhteistyön omaisten kanssa heti hoidon alussa ja täten myös täyttävät sairaalan laatukriteerit omaistyöstä. Halusin myös antaa ammattilaisille tietoa omaistyön eduista ja tarpeista koulutuksen muodossa ja vastata omaisten tarpeisiin kehittämällä oppaan, josta omaiset saavat hoidon alussa tietoa osastosta, sairaalasta ja käytänteistä.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitukseni oli teettää kyselyt noin viiden osastolla olevan potilaan omaisille yhteistyön toimivuudesta ja kokemuksista ammattilaisten kanssa. Päädyin kuitenkin rajaamaan työtäni niin, etten kyselyitä toteuttanut rajallisen aikataulun vuoksi. Päädyin myös rajaamaan omaisyhteistyön kehittämisen vain hoidon alkuvaiheeseen, vaikka yhteistyötä tulisi tehdä koko hoitojakson ajan omaisten kanssa. Koin tämän rajauksen selkiyttävän työni tarkoitusta ja tavoitteita. Todennäköistä myös on, että jos yhteistyö omaisten kanssa aloitetaan hoidon alkuvaiheessa, niin sen jatkuminen tulee olemaan sujuvampaa koko hoidon ajan. Ideoin suunnitteluvaiheessa myös henkilöstön osaamisen kartoittamista osaamiskartan avulla, jossa tarkoituksena oli parantaa yksilön omaa suoritusta itsearviointin kautta sekä löytää mahdollisia kehittämistarpeita työyhteisöön. Osaamiskartta jäi kuitenkin pois opinnäytetyöni tavoitteiden selkiinnyttyä.

Opinnäytetyössäni valitsin aiheen, jossa pääsen kokeilemaan työyhteisön ja toimintamallien kehittämistä osallistamalla osaston henkilöstöä. Laadukasta osaamisen kehittämistä löytyy usein organisaatiosta itsestään, eli ihmisistä jotka organisaatiossa työskentelevät. Osaamista löytyy yksittäisistä henkilöistä ja useamman henkilön tiimeistä ja tämän kaltainen osaaminen on yleensä organisaation vaurauden lähde. Tärkeää on myös organisaation palveluja käyttävien asiakkaiden palautteen hyödyntäminen kehittämisessä. (Virtanen 2000, 38.) Suunnittelin perustavani osastolle työpajan, eli noin viiden työntekijän ryhmän, joka opinnäytetyöni teorian, sairaalan laatukriteereiden ja oman osaamisen sekä ideoinnin pohjalta rakentavat työyksikköön toimintamallin omaisyhteistyön toteuttamisesta. Koulutus ja keskustelu ovatkin keinoja joilla ryhmä saadaan ajatukseltaan yhtenäiseksi sekä toimimaan tehokkaammin. (Viitala 2005, 171). Työ osallistaa henkilöstöä, koska usein vain yhdessä tehty tuo haluttuja tuloksia. Työpajan perustamisessa mahdollisina riskeinä oli henkilöstön kiinnostuksen ja sitoutumisen puute tai sovittujen ryhmäkertojen peruuntuminen äkillisten tilanteiden vuoksi.

Työpajaryhmän toiminta voidaan nähdä vuorovaikutusprosessina, jossa parhaillaan yksilöiden osaaminen yhdistyy ja luo jotakin uutta osaamista. Ryhmätilanteissa on mukana sekä uutta tietoa ryhmän ulkopuolelta, että ryhmän jäsenten itsensä omaavaa niin sanottua hiljaista tietoa, joita käsitellään yhdessä. Tällöin tehdään tiedon ja osaamisen kehittämistä ja pyritään luomaan esimerkiksi aiempaa kehittyneempi toimintamalli. (Viitala 2005, 170.)

Suunnitteluvaiheessa aikataulutin kehittämistyöni etenemisen vaiheesta toiseen. Tein deadlinet joihin mennessä työni vaiheet pitäisi olla kunnossa tai seuraavan vaiheen viimeistään alkaa. Aikatauluksen myötä oli helpompaa ymmärtää ajan ja voimavarojen rajallisuus.

6.3 Toteutumisen kuvaus

Opinnäytetyöni suunnitteluvaiheen jälkeen keräsin aiheeseeni liittyvää tutkimustietoa ja aloitin tutkimusten lukemisen ohella tiedon analysoinnin. Lähdeaineisto opinnäytetyössäni perustuu psykiatriassa tehtyihin omaisyhteistyön tutkimuksiin. Sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa tulokset muistuttivat lähes poikkeuksetta toisiaan ja omaisten odotukset yhteistyöltä olivat yhtenäisiä. Tutkimuksista saadun tiedon analysoinnissa kokosin samankaltaisuuksia ja aiheeni kannalta oleellisia asioita yhteen, joita jäsentelemällä kokosin työni teorian. Teoriaosuuden valmistuttua kokosin koulutuspaketin (LIITE 1), jolla aloitin työpajaryhmäni kouluttamisen. Koulutuspaketin kokoamiseen haastetta toi koulutuksen ajallinen pituus suhteessa tiedon määrään. Tähtäsin kuitenkin siihen, että koulutuksessa kuulijat saisivat omaisyhteistyön opin lisäksi muistutusta Käypä Hoito suosituksesta ja organisaation perhetyön laatuksiteereistä sekä siitä mihin ne perustuvat. Teoria ja koulutusmateriaali valmistuivat ja kävivät hyväksyttävänä ennen työpajojen alkua.

Työpajaryhmän kokoamisen aloitin hyvissä ajoin tiedottamalla opinnäytetyöni aiheesta ja etenemisestä osastolla. Samalla keräsin vapaaehtoisia osallistujia työpajaryhmään. Tiedottaminen tapahtui henkilökuntaneuvotteluissa sekä sähköpostin välityksellä. Työpajaan ilmoittautui neljä halukasta osallistujaa, joista kolme oli hoitajia ja yksi psykologi. Työpajaan pyysin vielä henkilökohtaisesti mukaan lääkärin sekä yhden hoitajan. Osastonhoitaja osallistui kehittämistyöhön alusta asti ollen myös toimeksiantajan yhteyshenkilö ja työni arvioija. Kaikkiaan työpajoihin lopulta osallistui kuusi henkilöä eli lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, psykologi ja kaksi hoitajaa. Työpajojen toteutumisen aikataulutin syyskuulle. Suunnittelin työpajaryhmälle kolme tapaamiskertaa huomioiden jokaisen osallistujan loma-ajankohdat ja mahdollistaen työvuorosunnittelulla läsnäolon työpajassa. Työpajojen ajankohta sijoittui aina iltapäivään, jolloin sen toteuttaminen henkilöstöresurssit huomioiden oli mahdollista. Ajankohtien suunnitteluvaiheessa jo ilmeni, että syyskuun aikana työpajani vie kaksi potilastiimin paikkaa osaston viikko-ohjelmasta, joten kehittämistyöni hieman vaikutti osaston muuhun ohjelmaan. Työpajat suunnittelin kestoiltaan 2 h mittaisiksi ja ne pidettiin osaston tiloissa.

Ensimmäisessä työpajassa 7.9.2017 lähdimme alkuun kertaamalla lyhyelti, että mistä opinnäytetyössäni on kyse ja mitä meidän on työpajoissa tarkoitus tehdä. Kävin myös läpi jo aloittamani asiat liittyen opinnäytetyöhöni. Työpajan aloitimme kokoamalla koulutuksella. Koulutusosuus kesti kaikkineen tunnin ajan herättäen työpajaryhmässä hyvää ja rakentavaa keskustelua. Runsaan keskustelun ja rajallisen aikataulun vuoksi hieman jouduin tiivistämään omaa esitystäni ohittamalla jo keskustelussa käytyjä asioita. Keskustelua syntyi muun muassa:

Omaisista joille hoidettava potilas ei ole antanut lupaa luovuttaa hoitoaan tai vointiaan koskevaa tietoa. Pohdimme omaisyhteistyön merkitystä mahdollisten yhteiskunnallisten vaikutusten ja ennaltaehkäisyyn kautta. Tulimme siihen tulokseen, että omahoitajan olisi hyvä tehdä tietojen luovutusta kieltävän potilaan kanssa ns. ”käännytys” työtä ja tukea potilasta omaistyöskentelyyn. Täten voimme vaikuttaa potilaan pärjäämiseen pitkän laitoshoidon jälkeen kokoamalla sairautta ja sen oireita ymmärtävän tukiverkoston potilaan elämään.

Koulutuksessa mietimme myös sitä, että kuinka voimme vastata omaisten tiedon tarpeeseen, vaikka lupaa hoitoa ja vointia koskevan tiedon luovuttamiseen ei olisi. Omaisia tulisi kuitenkin tästä huolimatta tukea sekä kuunnella. Tietoa omaisille voi antaa yleisellä tasolla menemättä potilaan hoidon yksityiskohtiin. Huomioitavaa on myös omaisilta saatavan tiedon merkitys potilaan menneisyydestä, jota voisi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää hoidossa. Täten työpajaryhmässä mietitty sairaalassa jo käytössä olevan mielentilatutkimuspotilaan omaisille lähetettävän omaiskyselyn hyödyntämistä myös hoitopotilaan omaisten kohdalla.

Keskustelua herätti myös osaston perhetyön laatukriteereiden heikko täyttyminen. Kiinnostuneita oltiin muiden osastojen suoriutumisesta ja siitä, että kuinka muilla osastoilla toimitaan mielentilatutkimuspotilaan kohdalla omaisyhteistyön aloittamisesta. Päädyttiä tekemään benchmarkingia toisen yksikön kanssa omaisyhteistyön toteutumisesta oman toiminnan kehittämiseksi.

Koulutusosin jälkeen näytin vielä organisaatiossamme jo kehitettyjä prosesseja, joiden mallin mukaisesti aloimme kehittää omaisyhteistyön aloittamisen prosessia työyksikköömme. Teimme alustavan kaavion prosessista, jonka pohdintaa jatkaisimme seuraavassa työpajassa. Lopuksi vielä katsoimme jo aloittamaani Tietoa omaisille -esitettä. Kävimme läpi mitä kaikkea tietopakettiin olisi vielä hyvä lisätä. Tietoa omaisille -esitettä oli hyvä katsoa jo ensimmäisessä työpajassa, jolloin koulutuksesta saatu tieto omaisten tarpeista oli vielä tuoreessa muistissa.

Toisessa työpajassa 14.9.2017 aloitimme omaisyhteistyön prosessin tarkastelulla. Lähdimme tekemään prosessista mahdollisimman yksinkertaista ja helposti toteutuvaa. Halusimme vastuuttaa prosessiin lähinnä potilaan omahoitajan sekä osastonlääkärin, jotka luontaisemmin omaisten kanssa työskentelevät. Kävimme läpi benchmarkingin tuloksia organisaatiomme toisen yksikön omaistyön toteutumisesta ja tavoista. Benchmarkingin kautta ei noussut juurikaan hyödynnettäviä toimintatapoja. Tiedoksi nousi kuitenkin se, että myös mielentilatutkimuspotilaan omaisiin ollaan potilaan avulla yhteydessä tutkimuksen alkuvaiheilla.

Prosessin tarkastelun jälkeen siirryimme täydentämään tietoesitettä. Tietoesitteen teon yhteydessä tutustuimme internetin kautta muutaman muun yhdistyksen tai organisaation esitteisiin omaisille ja nostimme sieltä itselle käyttöön hyviä ideoita.

Kolmannessa työpajassa 20.9.2017 tarkistimme ja hyväksyimme valmiin prosessin. Lisäksi tarkistimme vielä tietoesitteen sisältöä ja muutimme tarvittaessa sanallista ulkoasua. Kolmannessa työpajassa hyväksyimme myös lopullisen Tietoa omaisille -esitteen. Kävimme lopussa vielä vapaata keskustelua siitä, kuinka ajaa kehittämäämme mallia käytäntöön toimivaksi kokonaisuudeksi. Työskentelymallin käytäntöön viemisessä korostuu johtamisen vastuu ja työpajaryhmän esimerkki työskentelymallin toteuttamisesta.

Valmiit työskentelymallimme ja tietoa omaisille -esite esiteltiin sekä opinnäytetyön ohjaavalle opettajalle, että organisaation ylihoitajille, joiden antamien muutosehdotusten kautta saatiin tuotokset lopulliseen malliinsa.

Opinnäytetyöprosessin ajan kirjoitettiin päiväkirjaa, joka toimii opinnäytetyöprosessini dokumentointina. Prosessi on laaja ja pitkäkestoinen, joten prosessin loppuvaiheessa olisi mahdollista muistaa alkuvaiheen ratkaisuja ja niiden syitä. Raporttini opinnäytetyön toiminnallisesta tuotoksesta ja sen valmisteluista perustuu tekemiini muistiinpanoihin. Päiväkirjaa pidettiin jo aiheanalyysistä lähtien ja sinne kirjattiin tavoitteet, suunnitelmat, muutokset, toteuttamistavat ja ylipäättään kaikki ideoinnista sekä aihealueeseen liittyvästä pohdinnasta lähtien. Prosessista tehtiin myös toimintasuunnitelma, jossa tärkeää jäsenneltiin mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Toimintasuunnitelmaan sitoudutaan prosessin ajaksi, vaikkakin aikataulultaan tai toteutumistavaltaan suunnitelma saattaa joskus muuttaa muotoaan.

6.4 Kehittämistyön tuotokset

Opinnäytetyössä kehitettiin omaisyhteistyön aloittamisen prosessi (LIITE 2), jonka avulla uuden potilaan kohdalla voidaan aloittaa sujuva yhteistyö heti hoidon alussa. Prosessi keskitettiin hoidon alkamisen vaiheeseen, jolloin se vastaa myös sairaalan laatukriteereiden täyttymisestä. Perhetyön laatukriteereiden heikko täytyminen osastolla johtuu mahdollisesti juuri siitä, ettei yhteistyötä omaisten kanssa heti hoidon alkuvaiheella ole aloitettu. Omaisyhteistyön ja perhetapaamisten myötä ammattilaisten on tarkoitus antaa omaisille tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä eväitä siihen, kuinka sairastuneen kanssa pärjätään sairaalahoidon jälkeen.

Terveystieteidenhuollossa prosessit ovat erilaisia ja niitä tuleekin tarkastella erilaisista näkökulmista. Yhtä ja valmista prosessikaaviota ei voida käyttää vaan jokainen prosessi tulee kehittää tilanteen ja toiminnan mukaisesti. Terveystieteidenhuollon prosesseissa näkyvintä on yleensä potilaslähtöisyys. Prosessikuvaus arvioidaan ja niitä pidetään selkiyttävänä tekijänä kokonaisuutta ajatellen. Prosessikuvaus tulisi tehdä moniammatillisessa työryhmässä, joissa kaivataan myös lääkäreiden läsnäoloa. Lääkäreiden koetaan turvaavan prosessien suunnittelussa hoidon laadun säilymisen ja heidän koetaan suunnittelevan prosesseja potilaslähtöisesti. Prosessien kuvaamisessa voidaan käyttää montaa eri tapaa. Kaikkein oleellista on kuitenkin se, että prosessia luodessa pohditaan mikä siinä on oleellista tai hyödyllistä. Prosessin tulisi kyetä muuttamaan nykyajan nopeasti muuttuvien tilanteiden mukaan, eli prosessista ei tulisi myöskään tehdä liian mekaanista tai rationaalista, eikä niitä tulisi kuvata liian yksityiskohtaisesti, jolloin se herkästi menettää joustavuutensa. (Kotaniemi 2014, 57-59.)

Omaisyhteistyön aloittamisen prosessia lähdimme kokoamaan tilanteesta, kun potilas saapuu osastolle hoitoon. Päädyimme aloittamaan prosessin luomisen vastaanottavasta osastosta, jossa potilaan vastaanottavat hoitajat kysyvät potilaalta luvan luovuttaa hänen hoitoaan koskevaa tietoa omaisille ja pyytävät potilaalta omaisten yhteystiedot. Tämän jälkeen prosessin etenemisessä vastuu siirtyy potilaan tulevalle omahoitajalle, jonka tehtäväksi jää luvan saatuaan ottaa yhteyttä potilaan omaisiin kahden viikon kuluessa hoidon alusta. Ensimmäisen yhteydenoton tarkoituksena on antaa omaisille tietoa siitä, että missä heidän läheisensä on hoidossa ja ketkä häntä hoitavat. Omaisten ja omahoitajan yhteistyösuhde usein jatkuu tiiviimpänä tämän ensimmäisen yhteydenoton jälkeen. Ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä omaisille tarjotaan joko sähköisesti tai postitse lähetettynä tietoa

omaisille -esitettä ja sekä mahdollisuutta vastata Niuvanniemen sairaalan omaiskyselyyn. Halutesaan omaisille lähetetään omaiskysely vastauskuorineen. Omaisyhteistyön aloittamisen prosessiin liitimme myös perhetapaamisten järjestämisen kerran vuodessa, joiden aikatauluttamisesta vastaa osastonlääkäri. Päädyimme lääkärin vastuuseen aikatauluttamisesta siksi, että lääkäri pystyy tällöin arvioimaan potilaan psyykkisen voinnin, jonka perusteella päättää voidaanko perhetapaamista mahdollisesti järjestää vielä vai siirtyykö se myöhemmäksi esimerkiksi voinnin tasoittumisen jälkeen pidettäväksi. Lääkärin arvioitua potilaan voinnin ja aikataulutettuaan tapaamisen siirtyy vastuu omahoitajalle, joka järjestää moniammatillisen perhetapaamisen ja kutsuu siihen omaiset sekä ammattilaiset.

Opinnäytetyön toisena tuotoksena työpajaryhmässä kehitettiin Tietoa omaisille -esite (LIITE 3), jonka tarkoituksena on täydentää omaisyhteistyön aloittamisen prosessia ja vastata omaisten tarpeeseen saada tietoa läheisensä hoitopaikasta ja hoitopaikan käytänteistä. Halusimme esitteen palvelevan omaisia ja pyrimme laittamaan sinne omaisiin vaikuttavat ydinasiat. Esitteestä tehtiin pituudeltaan helposti luettavissa oleva. Aloitimme esitteen täytön osaston esittelyllä, joka pitää sisällään lyhyen yhteenvedon osastosta, yleisimmin tarjotut hoitomuodot sekä yhteystiedot. Seuraavaksi esitteessä lähdettiin avaamaan sairaalan ja osaston vierailukäytänteitä, jotka usein poikkeavat muista sairaaloista tai hoitopaikoista ja ovat täten omaisille uusi asia. Sairaalan jokainen vierailu toteutuu lääkärin arvioinnin jälkeen ja usein vastaanotto-osastoilla hoitajan valvomana. Vierailuihin tuodut tulokset tarkistetaan ja vasta tämän jälkeen luovutetaan potilaan käyttöön. Tulosten suhteen on myös rajoitteita, joista omaisten tulisi tietää. Sairaalaan tulevilta vierailijoilta tarkistetaan vierailun yhteydessä henkilöllisyys. Nämä ovat usein omaisille uusia asioita ja siksi niistä ennakoon informoiminen on tärkeää. Seuraavaksi esitteessä siirrytään kertomaan sairaalan tarjoamasta yöpymismahdollisuudesta eli vierashuoneesta. Sairaalaan tulee potilaita ympäri suomea, joten heidän omaiset asuvat usein pitkien matkojen päässä sairaalasta. Omaisille on varattu sairaalan piha-alueella vierashuone, jonka he voivat varata pientä maksua vastaan vierailuidensa ajaksi. Vierashuone mahdollistaa edullisen yöpymisen vierailujen yhteydessä. Vierashuoneen ohjeistuksen jälkeen esitteessä kerrotaan potilaan hoitoa koskevaa tietoa. Alkuun kerromme tietojen luovuttamisesta. Psykiatrisessa sairaalassa potilas saattaa jossakin vaiheessa hoitonsa aikana kieltää tietojensa luovuttamisen omaisilleen tai ylipäätään kelleen. Tällöin omaisten on vaikea ymmärtää mikseivät ammattilaiset kerro omaisille läheisensä voinnista. Halusimme esitteessä avata omaisille potilaan oikeuden kieltää tietojensa luovuttamisen ja tällöin ammattilaisten velvollisuuden pitää salassa kaikki potilaan hoitoa ja vointia koskeva tieto. Tästä huolimatta halusimme viestittää omaisille, että olemme aina kiinnostuneita kuulemaan heiltä potilasta koskevaa tietoa hänen menneisyydestään sekä sen, että tuemme potilasta omaisyhteistyöhön. Seuraavaksi avasimme esitteessä perhetapaamisten järjestämiseen liittyvää tietoa. Tavoitteena on järjestää jokaiselle yhteistyötä haluavalle potilaalle perhetapaaminen kerran vuoteen, jossa läsnä on potilas, omaiset ja moniammatillinen työryhmä. Perhetapaamisissa käydään läpi potilaan hoitosuunnitelma ja hoidon eteneminen. Perhetapaamisissa omaisten on myös oiva mahdollisuus saada tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta sekä kysellä mieltä askarruttavia asioita. Lopuksi vielä listasimme omaisille tiedoksi potilaan hoitoa koskevat lait ja säädökset sekä linkin jonka kautta niistä voi lukea lisää omatoimisesti. Omaisten epävarmuutta helpottamaan teimme esitteeseen keneltä kysyä mitäkin osion, jossa omaisia opastetaan ottamaan yhteyttä henkilöön, joka

heitä pystyy parhaiten missäkin asiassa auttamaan. Työpajaryhmään osallistui kaikki muut esitteessä mainitut ammattiryhmät paitsi sosiaalityöntekijä / potilasasiamies, jolta varmistimme hänen työhönsä kuuluvat asiat, joita esitteeseen listasimme. Omaiset kokevat kaipaavansa myös tietoa omaisyhdistyksistä ja vertaistuesta, joten lisäsimme esitteeseen yhteystiedot josta etsiä oman asuinalueensa omaisyhdistyksen. Esitteen loppuun laitoimme kartan sekä kulkuyhteydet helpottamaan omaisten vierailulle saapumista.

7 POHDINTA

Opinnäytetyö on ollut prosessi, joka on vaatinut paljon aikatauluttamista, eikä työn ja opintojen yhdistäminen ole ollut kovinkaan yksinkertaista. Prosessi on opettanut organisointia ja onnistunut pitkälti hyvän suunnitelman ja aikataulutuksen vuoksi. Onnistuin koko prosessin ajan pysymään opinnäytetyöni aikataulutuksessa kiinni ja suorittamaan työn vaiheet deadlineihin mennessä. Aikataulusa pysymiseen minua kannusti määrätietoisuus ja tavoitteellisuus. Hyödynsin myös prosessin ajan 12h työvuorojen mahdollisuutta, joiden ansioista sain enemmän kokonaisia vapaapäiviä opinnäytetyön tekemiseen. Opintoni sekä opinnäytetyöni suoritin töiden ohella. Opinnäytetyön suunnitelmasta sain tehtyä realistisen ja saavutettavissa olevan jättämällä pois epärealistiset ja aikataulutukseltaan mahdottomat suunnitelmat, kuten omaisten haastattelut tai henkilöstön osaamisen kartoitukset.

7.1 Eettisyys

Tutkimus- ja kehittämistyössä etiikalla pyritään lisäämään työelämään hyviä käytänteitä ja samalla estämään mahdolliset vääryydet. Eettisyyttä voidaan pohtia myös sen suhteen, että kenelle ja mihin tarkoituksiin tutkimus- tai kehittämistyö tehtiin. Opinnäytetyössä tärkeää on luotettavuus ja läpinäkyvyys, joten siksi on oleellista avata opinnäytetyö kuvaten työskentelyprosessi ja perustella prosessin aikaiset valinnat. (Gothoni 2017.) Opinnäytetyön aihe on noussut heikoista omaistyön laatu-kriteerien täyttymisestä ja suunnattu tehostamaan omaistyön toteuttamista. Tarkoituksena oli huomioida omaisten tarpeet ja palvella heitä paremmin. Samalla taas tarkoituksena oli avartaa ammattilaisten näkemystä omaistyöskentelyn hyödyistä potilaalle, omaisille ja yhteiskunnalle sekä saada heidät toteuttamaan omaistyöskentelyä tehokkaammin.

Opinnäytetyön tulee olla hyvää tieteellistä käytäntöä noudattava, jonka lähtökohtina tutkimusetiikan näkökulmasta ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkimuksessa lähdemerkinnät tulee olla asianmukaisesti merkitty ja tekijän tulee kunnioittaa muiden tekemiä tutkimuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyön teoriaosuutta varten tiedonhankinta oli osittain haastavaa. Suomalaisia omaistyön tutkimuksia, varsinkin aikuispsykiatrian puolelle on vielä tehty varsin vähän. Tiedonhankinnassa käytin apuna koulun tarjoamaa henkilökohtaista tiedonhankinnan ohjausta. Ohjauksen avulla sain kerättyä työni kannalta oleellista suomalaista ja kansainvälistä tutkimustietoa sekä kehitettyä omia tiedonhankinnan taitojani.

Eettisyyden näkökulmasta katsottuna tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut omasta tutkimuksestaan sekä uuden tiedon hankkimisesta. Oleellista on myös se, että tutkija paneutuu aiheeseensa tunnollisesti ja välittää mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksessaan, eikä syllisty minkäänlaiseen vilppiin tutkimustaan tehdessään. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Omaisten kanssa työskentely on ollut itselle pääosin luontevaa ja kuulunut omana osanaan potilaideni kokonaishoitoon. Aihe on noussut tärkeäksi kuultuaan omaisten positiivista palautetta heidän huomioimisestaan sekä potilaan hoidosta, josta omaiset usein saavat realistisen tiedon vain meiltä ammattilaisilta. Opinnäytetyössäni tutkimuksista saatuun tietoon oli helppo samaistua oman työkokemuksen kautta.

Omat kokemukset omaistyöskentelystä ja sen toteuttamisesta eri työpaikoissa ovat hyvin samanlaisia kuin tutkimuksista noussut tieto. Työskentelymallien puutteen vuoksi jokainen ammattilainen toteuttaa omaistyöskentelyä oman osaamisensa tai halukkuutensa mukaan. Tutkimusten tulokset myötäilevät skitsofrenian käypä hoito suositusta (2015), jossa kehoitetaan ottamaan omaiset mukaan hoitoon heti hoidon alkuvaiheessa ja täten pyrkiä parantamaan hoidon tuloksia. (skitsofrenia: käypä hoito –suositus 2015.)

Tutkimuksen ei myöskään tulisi aiheuttaa kenellekään liiallista vahinkoa eikä tutkimus koskaan saisi loukata ketään ihmistä tai ihmisryhmää. Tutkijoiden tulee myös arvostaa toisiaan, eikä missään tapauksessa vähätellä toisen saavutuksia. Tutkimusta tehdessä tulisi myös toimia tavalla, joka mahdollistaa tutkimusten tekemisen jatkossakin. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Opinnäytetyössäni tarkoituksena on saada ammattilaiset toteuttamaan tehokkaammin omaisyhteistyötä sekä vastata siihen mitä omaiset ammattilaisilta kaipaavat, eli auttaa ammattilaisia ja omaisia kohtaamaan toisensa. Opinnäytetyöni etenemisestä informoin säännöllisesti ylihoitajia sekä osastonhoitajaa. Kehittämistyö osastolla toteutettiin sovitusti.

7.2 Luotettavuus

Suomalaisten ja kansainvälisten omaistutkimusten tulosten yhtenäisyys helpotti opinnäytetyön teorian kokoamista ja kirjoittamista. Ydinasiat tutkimuksissa olivat pitkälti samoja ja lähes poikkeuksetta tuli esiin omaisten tarve saada tietoa läheisensä sairaudesta sekä sen hoidosta. Omaiset pääosin kokevat haluavansa olla läheisensä hoidossa mukana. Omaiset kaipasivat myös tietoa hoitopaikasta sekä tukea ja neuvoja ammattilaisilta siihen, kuinka sairastuneen läheisen kanssa hoitajakson jälkeen parhaiten pärjätään. Psykoedukaation käyttö perhetyössä on oiva keino vastata omaisten tarpeisiin. Kuten Kieseppä ja Oksanen (2013) kuvaakin psykoedukaation olevan tiedon antamisen lisäksi sopiva työväline myös yhteisen ymmärryksen löytymiseen ja kokemusten jakamiseen. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133). Lisäksi tutkimusaineistoista esiin nousi omaisten sekä ammattilaisten kokemuksia omaistyöstä, joita halusin teoriaosuudessa avata tarpeiden lisäksi.

Teoriaosuuden valmistuttua kokosin teoriasta koulutusmateriaalin työpajaryhmälle. Koulutuksessa oli tarkoituksena tuoda esiin tutkimuksista saadun tiedon lisäksi skitsofrenian käypä hoito suositukset perhetyöskentelyn osalta sekä sairaalan laatuksiteerit perhetyöskentelystä. Koulutusosion kokoaminen oli haastavaa materiaalin laajuuden vuoksi. Lopulta rajasin koulutuksen keston 45 minuuttiin esityksineen. Sain mielestäni koulutukseen mukaan kaiken oleellisen, joskin vielä yksinkertaisemmaksi materiaalin olisi voinut power pointeille purkaa. Koulutuksen pitäminen työpajaryhmälle oli luontevaa ja mukavaa. Koulutuksesta sain ryhmältä suullisesti heti esityksen jälkeen hyvää palautetta. Koulutuksen tarkoituksena oli toteuttaa oppiminen ja oppimista seuraava muutos, jotka ovat toisensa kanssa vuorovaikutuksessa. Muutoksen tavoitteena on todentaa, ettei nykyinen osaaminen ole välttämättä riittävää ja samalla kannustaa hankkimaan uutta osaamista. Koulutuksen myötä kehittynyt uusi osaaminen taas helpottaa ja mahdollistaa muutosta. Kun organisaatiossa tai työyksikössä ajetaan muutosta, tulee sitä tarkastella erilaisista näkökulmista. Muutoksen suunnitelman tekeminen ja toteuttaminen loogisen kaavion avulla on helppoa, mutta siinä vaiheessa, kun muutoksessa koh-

distuu tai sitä on toteuttamassa joukko ihmisiä eivät kaaviot ole oikea väline viedä onnistunutta muutosta maaliin. Olennaista muutoksessa on se, kuinka ihmiset sitä lähtevät toteuttamaan, eli oppimisen prosessi. (Viitala 2005, 29-30.)

Koulutuksen jälkeen työpajoissa aloitettiin opinnäytetyön tuotosten työstäminen. Tuotoksia tehdessä pyrein itse olemaan työpajaryhmän vetäjä ja saada ryhmän jäsenet kehittämään sekä omaisyhteistyön aloittamisen prosessin, että Tietoa omaisille esitteen. Ryhmän toiminta oli sujuvaa ja vapautunutta. Ryhmä toimi tasa-arvoisesti ja kaikkien mielipide otettiin huomioon. Ryhmässä tuli esiin henkilöstön osaaminen ja tehokkuus. Dialogi onkin oppimisen edellytys organisaatioissa. Dialogilla pyritään saavuttamaan erilaisten näkemysten huomioimista sekä tavoitellaan yhteistä ymmärrystä. Dialogi on parhaillaan avointa ja luovaa asioiden tutkimista. Siinä painottuu kuunteleminen, mielipiteiden ja tiedon tuottaminen sekä myöskin omien näkemysten kyseenalaistaminen. (Viitala 2005, 187.) Ryhmän jäsenille vaikutti olevan hyvin selvää ja yksimielistä se, että ketkä omaistyön aloittamisen prosessiin sitoutetaan ja ketkä prosessissa toteuttavat minkäkin vaiheen. Osaamisen johtamisessa tärkeää on, että jokainen ymmärtää oman tehtävänsä siinä, kuinka saavutetaan yhteiset tavoitteet. Tarkoituksena on siis pyrkiä muuttamaan strategiat toiminnaksi. (Pitkäkangas 2015, 71.) Ryhmän vetäjänä olin todella tyytyväinen ryhmän toimintaan ja ryhmän tehokkuuden vuoksi ylimääräisiä tehtäviä ei jäänyt ryhmäkertojen ulkopuolelle, vaan kaikki opinnäytetyön tuotokset saatiin tehtyä ryhmälle suunnitelluilla ajoilla. Työpajaryhmissä tehdyt tuotokset tehtiin vastaamaan omaisten tarpeita ja helpottamaan omaisten lähentymistä ammattilaisten kanssa.

Opinnäytetyön prosessi onnistui kaikkineen suunnitellusti. Uhkatekijöitäkin matkalta löytyi, kuten esimerkiksi tieto koko osaston muutosta toiseen rakennukseen, joka sijoittui aikataulullisesti noin viikkoa ennen työpajaryhmien alkua. Onneksi muutto sujui ongelmitta eikä vaikuttanut työpajojen toimintaan. Työpajojen onnistumisesta haluan kiittää innostunutta työpajaryhmää sekä osasto 8 osastonhoitajaa, joka mahdollisti kehittämistyöni tekemisen osastolleen ja tuki minua läpi kehittämisprosessin. Työpajojen jälkeen valmiit tuotokset esiteltiin opinnäytetyön ohjaavalle opettajalle sekä Niuvanniemen sairaalan ylihoitajille. Tuotoksista saatu palaute oli hyvää ja muutoskehoituksena oli Tietoa omaiselle -esitteestä yhden sanamuodon kirjoittaminen selvemmin ja vähemmän laitosvaltaa muistuttavaksi.

7.3 Arviointi

Opinnäytetyön arviointi on haasteellista, koska opinnäytetyön tuotokset eivät ole vielä käytännön työssä mukana, joten niiden tuloksia ei voida arvioida. Kuitenkin jo pelkästään opinnäytetyön aiheen esille tuominen ja kehittämistyön käynnistäminen on vaikuttanut saaneen aikaan laadukkaampaa työskentelyä. Vuonna 2017 tehdystä perhetyön laadunarvioinnissa voidaan huomata kehitystä vuoteen 2016 verraten. Vuoden 2017 tulokset ovat tarkastettu 15.12.17 asti. Vuoden 2016 tulokset merkattuna sulkeisiin.

Vuonna 2017 osastolla hoidettiin kaikkiaan 39 (37) potilasta, joista luvan yhteydenotolle omaisiin antoi 30 (23) potilasta ja kielsi 9 (14) potilasta. Vuonna 2017 osastolla hoidon aloitti 19 (13) uutta potilasta, jotka antoivat luvan yhteydenottoon omaisiin. Kahden viikon sisällä hoidon aloittamisesta yh-

teys otettiin 3 (3) potilaan omaiseen. Vähintään kerran vuoden aikana yhteyttä otettiin 14 (8) luvan sallineen potilaan omaiseen ja perhetapaaminen järjestettiin 9 (5) potilaan omaisille. Yksi perhetapaaminen oli suunniteltu jo helmikuulle 2018.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja sen tarkoituksena on kehittää työelämän toimintoja. Aihe on selkeästi rajattu uuden potilaan kohdalla hoidon aloittamisen vaiheeseen, josta jokainen ammattilainen jatkaa yhteistyötä omaisten kanssa haluamallaan tavalla. Opinnäytetyön tavoitteet ovat saavutettavissa ja toteutuakseen ne tarvitsevat osastolla sinnikästä lähiesimiesjohtamista uuden työskentelymallin käyttöön ajossa. Opinnäytetyössä on käytetty laajaa suomalaista ja kansainvälistä tutkimustietoa. Opinnäytetyön kehittämisryhmään kuului moniammatillinen työryhmä, jossa tietoa käytännön osalta oli monipuolisesti. Opinnäytetyön raportointi pyrittiin pitämään selkeänä ja johdonmukaisena. Opinnäytetyön tarve perustuu toteutumattomiin laatukriteereihin, eli siihen, ettei osastolla toteuteta omaisyhteistyötä kuten toivotaan. Tarpeen ratkaisemiseksi koin kehittämistyön olevan oikea keino saada tarvittava muutos aikaan. Kehittämistyön tuotokset on tehty vastaamaan laatukriteereiden täyttymistä. Tuotokset ovat selkeitä ja helposti työelämässä käytettävissä.

Niuvanniemen sairaala on valtion sairaala, johon potilaat saapuvat hoitoon maanlaajuisesti. Täten potilaiden omaisetkin ovat usein pitkän matkan päässä eivätkä pysty vierailemaan tai osallistumaan potilaan hoitoon niin intensiivisesti kuin voisivat haluta. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista pohtia digitalisaation hyödyntämistä omaisyhteistyössä ja pyrkiä löytämään turvallisia keinoja siihen, että omaiset saadaan virtuaalisesti osallistumaan hoitosuunnitelmiin tai keskusteluihin lääkärin, omahoitajan ja potilaan kanssa.

Opinnäytetyössä perhepsykoedukaation merkitys oivana tiedon ja osaamisen välittäjänä on noussut merkittävästi esiin. Perhepsykoedukaation toteutus on haastavaa sairaalassamme jo pelkästään pitkien välimatkojen ja vähäisten tapaamisten vuoksi. Perhepsykoedukaatiossa digitalisaation hyödyntäminen esimerkiksi videoituina verkko-opintoina helpottaisi omaisten mahdollisuutta tutustua skitsofreniaan ja sen hoitoon.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

BERG, Leif ja JOHANSSON, Monica. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psyykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Profami Oy. Helsinki.

Van De BOVENKAMP, Hester ja TRAPPENBURG, Margo. 2009. The relationship between mental health workers and family member. Utrecht University. Netherlands. Patient Education and Counseling 2010:80:120-125.

BRUIJN, Tuula. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Lääketieteen katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 41:2006:4219-4225 vsk 61.

DOORNBOS, Mary. 2002. Family Caregivers and the Mental Health Care System: Reality and Dreams. Calvin college. United States. Archives of Psychiatric Nursing 16:1:39-46.

GOTHONI, Raili. 2017. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Eettiset periaatteet tutkivassa ja kehittävässä työssä. Diak – Diakonia-ammattikorkeakoulu. [Viitattu: 2017-12-21.] Saatavilla: <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2793510>

HAKALA, Marja-Liisa ja PAJUNEN-AULIS, Mirjami. 2009. Omaisen kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä psykiatrisella sairaalajaksolla. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. [Viitattu 2017-07-03.] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912036976>

HYVÖNEN, Senja. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto hoitotieteen laitos. [Viitattu 2017-08-31.] Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6054-5>

JAKOBSEN, E.S. ja SEVERINSSON, E. 2006. Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. Diakonhjemmet University College Rogaland. University of Stavanger. Norway. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006:13:498-505.

JOHANSSON, Monica. 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön. Psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen. Omaiset mielenterveys-työn tukena, Uudenmaan yhdistys ry. [Tutkimusraportti]. Oriental xPress Oy. Espoo.

JÜRILOO, Alo, PESONEN, Lauri ja LAUERMA, Hannu. 2017. Knocking on prison's door: a 10-fold rise in the number of psychotic prisoners in Finland during the years 2005-2016. Psychiatric Hospital for Prisoners. Finland. Nordic journal of psychiatry 2017:1-6.

KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

KIESEPPÄ, Tuula ja OKSANEN, Jorma. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim [digilehti] 129:2133-9. [Viitattu 2017-07-31.] Saatavilla: www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273

KIVIMÄKI, Anne. 2008. Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-07-10.] Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-18038>

KORHONEN, Teija, PIETILÄ, Anna-Maija ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri. 2010. Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. University of Kuopio. Finland. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010:24:65-74.

KOSKISUU, Jari ja KULOLA, Tarja. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita Prima Oy. Helsinki.

KOTANEN, Heidi. 2014. Potilaat prosesseissa: Prosessijohtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. [Viitattu 2017-11-20.] Saatavilla: <https://www.tritonia.fi/download/gradu/5777>

KUIPERS, Liz, LEFF, Julian ja LAM, Dominic. 2002. Koulutuksellinen perhetyö. 2. uudistettu painos. Käännös: BERG, Leif ja LOPONEN, Mika. ER-paino Oy 2005.

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-07-03.] Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LATVALA, Eila. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [Viitattu 2017-10-08.] Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:9514250680>

LINDBERG, Tuija. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-07-10.] Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-17502>

LINNAINMAA, Pirjo. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveystyön syventävissä opinnoissa. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-10-03.] Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15820>

LUODEMÄKI, Sanna, RAY, Kaija ja HIRSTIÖ-SNELLMAN, Paula. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Painotalo Miktor. Helsinki.

MAYBERY, Darryl, GOODYEAR, Melinda, O'HANLON, Brendan, CUFF, Rose ja REUPERT, Andrea. 2014. Professional Differences in Family Focused Practice in the Adult Mental Health System. Australia. Family Process 53:4:608-617.

MIELENTERVEYSLAKI. 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-07-06.] Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

MUSCROFT, Jane ja BOWL, Ric. 2000. The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. University of Birmingham. United Kingdom. Counselling Psychology Quarterly 13:1:117-134.

MÄNNIKKÖ, Miia ja JÄHI, Rita. 2015. Mielenterveyspotilaan omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2015:52:163-169.

NIUVANNIEMEN SAIRAALA. 2017a. Tuomitsematta jätetyt potilaat. Sairaalan internet sivusto. [Viitattu 2017-10-04.] Saatavilla: <http://www.niuv.fi/toiminta/tutkimus/tuomjatetyt.htm>

NIUVANNIEMEN SAIRAALA. 2017b. Vaaralliset ja/tai vaikeahoitoiset potilaat. Sairaalan internet sivusto. [Viitattu 2017-10-04.] Saatavilla: <http://www.niuv.fi/toiminta/tutkimus/vvpotilaat.htm>

NIUVANNIEMEN SAIRAALA. 2017c. Osastojen esittelyt. Sairaalan internet sivusto. [Viitattu 2017-08-02.] Saatavilla: <http://www.niuv.fi/hoitotyoesittelyt.htm>

NYMAN, Markku ja STENGÅRD, Eija. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Tampereen yliopisto, psykologian laitos. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

OHJE PSYKOEDUKATIIVISTEN POTILASRYHMIEN TOIMINNASTA NIUVANNIEMEN SAIRAALASSA. 2015. Sijainti: Kuopio: Niuvan intranetpalvelu nipa [intranet]. Ohjeen on laatinut sairaalan työryhmä.

PAATTIMÄKI, Harriet, HUHTALA, Oili, JOUTSILUOMA, Jaana, LAMPINEN, Silja, OJANEN, Päivi, PENTTILÄ, Päivi ja NORDLING, Esa. 2015. Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä –projektin (2010 – 2014) loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-25-08.] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-580-6>

PASONEN, Anna. 2016. Omainen – Mielenterveystyön kumppani vai sivustaseuraaja? Sosiaalityön gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Pori. [Viitattu 2017-07-06.] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201604201448>

PITKÄKANGAS, Pirjo. 2015. Osaamisen johtaminen lähiesimiestyössä. Näkökulmana vanhuspalvelulaki. Sosiaali/terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. [Viitattu: 2017-12-15.] Saatavilla: <https://www.tritonia.fi/download/gradu/6209>

PELTOLA, Anuliina. 2017. ”Se ihminen on paljon muutakin kuin se sairaus” – Potilaan läheisten näkemyksiä osallisuudesta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-07-06.] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201702141143>

PÄIVITETTY SKITSOFRENIAN KÄYPÄ HOITO –SUOSITUS NIUVANNIEMEN SAIRAALASSA. 2012. Si-
jainti: Kuopio: Niuvan intranetpalvelu nipa [intranet]. Suositusta päivittää sairaalan työryhmä.

PÖLLÄNEN, Satu. 2010, Puolison merkitys kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon sitoutumisessa.
Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. [Viitattu 2017-08-
16.] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005027402>

RAUTANEN, Mika ja KORKEILA, Jyrki. 2015. Psykiatrian sairaansijojen alasajo horjuttaa hoidon laa-
tua. Potilaan lääkrilehti [digilehti]. Julkaistu lääkrilehdessä 21/2015. [Viitattu 2017-07-04.] Saata-
villa: [http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/psykiatrian-sairaansijojen-alasajo-horjuttaa-hoidon-
laataua/](http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/psykiatrian-sairaansijojen-alasajo-horjuttaa-hoidon-laataua/)

RICHT, Jyrki. 2017. Mielisairaiden vankien määrä moninkertaistunut – "Meillä on skitsofreniapotilai-
ta, joiden oikea paikka ei ole vankila". Yle-uutiset. [Viitattu 2017-07-02.] Saatavilla:
<https://yle.fi/uutiset/3-9408014>

RIKOSLAKI. 13.6.2003/515. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-10-04.] Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L3>

RUUSKA, Kai. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 6. tarkistettu
painos. Gummeruksen kirjapaino Oy. Helsinki.

Skitsofrenia (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n aset-
tama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. [Viitattu 2017-07-31.] Saata-
villa: www.kaypahoito.fi

SOTE- JA MAAKUNTAUUDITUS. 2017. Palvelujen ja toiminnan uudistaminen kärkihankkeissa 2016-
2018. Kärkihankkeet. Hallituksen reformi. [Viitattu 2017-08-31.] Saatavilla:
<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/karkihankkeet>

STM. 2017. Mielenterveyspalvelut. Terveyspalveluryhmä. [Viitattu 2017-08-31.] Saatavilla:
<http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

SYDÄNMAALAKKA, Pentti. 2009. Älykäs johtajuus. 3. painos. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

SYRJÄPALO, Kyllikki. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden
näköyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [Viitattu 2017-10-08.] Saatavilla:
<http://urn.fi/urn:isbn:9514280156>

THL. 2011. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausuntojen laatimisohejeet. [Verkkojulkaisu] Ter-
veyden ja hyvinvoinnin laitoksen suositus 4:2011. [Viitattu 2017-10-03.] Saatavilla:
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085193>

TENKANEN, Helena. 2010. Hoitotyön vaativuus korostuu oikeuspsykiatriassa. Artikkel. Sairaanhoidajalehti 83:1:21-23.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. HTK-ohje. [Viitattu 2017-12-27.] Saatavilla:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

VALVIRA. 2008. Omaisten oikeudet. Päivitetty 15.5.2015. [Viitattu 2017-07-03.] Saatavilla:

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten_oikeudet

VIITALA, Riitta. 2005. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Kolmas painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2008.

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Oppikirja. Tammi. Jyväskylä.

VIRTANEN, Petri. 2000. Projektityö. Yritysjulkaisut. WSOY. Porvoo.

WEIMAND, Bente, SÄLLSTRÖM, Christina, HALL-LORD, Marie-louise ja HEDELIN, Birgitta. 2013. Nurses' dilemmas concerning support of relatives in mental health care. Akershus University Hospital. Norway. Nursing Ethics 20:3:285-299.

ZEGWAARD, Marian, AARTSEN, Marja, GRYPDONCK, Mieke ja CUIJPERS, Pim. 2015. Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. Netherlands. BMC nursing.

LIITE 1: KEHITTÄMISTYÖN KOULUTUS

OMAISSYHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN Miesten suljetulla oikeuspsykiatrisella vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastolla

Veera Laukkanen
Opinnäytetyö
Niuvanniemen sairaala

Skitsofrenian käypä hoito -suositusten ohjeistus omaistyöskentelystä

- Suosituksessa painotetaan perhe- ja verkostokeskeisen työskentelyn edistämistä.
- Omaiset tulisi ottaa mukaan hoitoon heti hoidon alkuvaiheessa sekä huomioida myös perheen lapset.
- Sujuvan ja luottamuksellisen yhteistyön luominen potilaan ja perheen kanssa parantavat akuuttivaiheessa hoitomyönteisyyttä sekä -tuloksia.
- Potilaan perheelle tulisi akuuttivaiheessa antaa kriisivuolistu tukea. Akuutin vaiheen jälkeen voimin tasoituuessa suositellaan annettavaksi psyykoedukatiivista perheinterventiota.
- Käypä hoito -suositusten mukaan psykoosien uusimisen estämisessä on keskeistä, että potilas ja hänen perheensä opastetaan havaitsemaan psykoosia edeltävät varoimerkit ja oireet.

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015

Niuvanniemen sairaalan käypähoitosuosituksen laatukriteerit perhetyöstä

- Onko omaisin tai lähiverkostoon oltu yhteydessä kahden viikon sisällä hoidon aloittamisesta?
- Onko perhettä tai lähiverkostoa tavattu sairaalassa tai tehty kotikäynti vuoden aikana?

Päivitetty skitsofrenian käypähoitosuositus niuvanniemen sairaalassa 2012

Osasto 8 laatukriteerit perhetyöstä

- Potilaan siirtyessä osastolle otetaan yhteys omaisiin kahden viikon kuluessa ja tämän jälkeen vähintään kerran vuodessa.
- Perhetapaamisen pitäminen.

Osasto 8 perhetyön laatukriteerit kriteerit 2016

Vuoden 2016 perhehoitotyön tilasto osastolla 8

- Vuoden aikana kaikkiaan 37 potilasta.
- 23 potilasta antoi luvan ottaa yhteyttä omaisiin, 14 kielsi yhteydenoton.
- Vuoden aikana osastolla aloitti hoidon 13 potilasta, jotka antoivat luvan yhteydenottoon. Kahden viikon kuluessa hoidon aloittamisesta otettiin yhteyttä 3 potilaan omaisiin.
- Vähintään kerran vuodessa yhteyttä otettiin 8 potilaan omaisiin.
- Perhetapaaminen järjestettiin 5 potilaan omaisille.

Kehittämistyön tavoitteet

- Luoda toimiva omaisyhteistyön työskentelymalli osaston käyttöön, joka takaa laatukriteereiden täyttymisen ja sujuvan omaisyhteistyön aloittamisen heti hoidon alussa.
- Koota omaisille tietoa -paketti osastosta, jolla voidaan helpottaa yhteistyön aloitusta.
- Antaa henkilökunnalle tietoa omaistyöskentelyn tarpeista ja eduista.

Omaisen määritelmä

- ▶ Omainen voidaan määritellä sukulaisena, perheenjäsenenä tai läheisenä henkilönä.
- ▶ Perheenjäseneksi usein luokitellaan mies, vaimo ja lapset, mutta perheenjäsen voidaan luokitella esim. uusiopehkeen kautta. Omaiseksi voidaan kutsua esim. läheistä ystävää.
- ▶ Potilas määrittelee omaisensa itse.
- ▶ Lain mukaan potilaan edustajalla, lähiomaisella tai muulla läheisellä on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 § 9).
- ▶ Täysi-ikäinen potilas päättää itse siltä kenelle hänen terveydentilaansa ja hoitoonsa koskevia tietoja saa luovuttaa.

Omaisen merkitys hoidossa

- ▶ Nykytrendin mukaan laitoshoidtoa on vähennetty ja avohoidtoa lisäilty. Riittävyys? Onko omainen yhteiskunnan halparesurssi?
- ▶ Psykiatristen sairaalasiirtojen vähennys tarkoittaa samalla hoitoaikojen lyhentymistä ja sitä, että myös akuutisti sairastuneet potilaat palaavat sairaalahoitosta nopeammin omaisten luo.
- ▶ Avohoidon resurssien lisääminen on ollut hitaampaa kuin sairaalasiirtojen vähentäminen. Vastuu läheisen hyvinvoinnista on siirtynyt omaiselle. Omaisen on muuttunut hoitojärjestelmän lisäresurssiksi.
- ▶ Tilanne useimmiten on omaiselle uusi ja selviydyttävä on ilman tarvittavaa tietoa, taitoa ja tukea.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään

- ▶ Läheisen sairastuminen mielenterveysongelmiin ei ole koskaan ennakoitu tai kutsuttu asia perheen elämässä ja täten se usein aiheuttaa kriisin.
- ▶ Tilanne vaikuttaa jokaiseen omaiseen ja sairastuneeseen itseensä omalla tavallaan.
- ▶ Psykkisesti sairastuneen oireilua on ensin vaikea erottaa normaaleista elämään kuuluvista asioista, kuten stressistä tai uupumuksesta. Voidaan selittää mm. työpaineilla.
- ▶ Hiljalleen kuitenkin oirehdinta alkaa muuttua huolestuttavammaksi ja hämmäntää ympärillä olevia ihmisiä. Usein voinnin muutokset alkavat näkyä lopulta kaikilla elämäntilanteilla.
- ▶ Perheessä alkaa ponnistelu ja toivo ohimenevästä tilanteesta. Tilanteen vakavuus nähdään monesti vasta, kun tapahtuu jotakin radikaalia, kuten itsemurhayritys tai väkivaltatilanne.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Sairastuneen myötä omaisten elämään nousee erinäisiä huolenpidollisia tehtäviä.
- ▶ Omaisten huolenpidollisista tehtävistä keskeisimmäksi nousee sairastuneen arkielämän asioiden huolehtiminen. Lisäksi esiin nousee yleinen huoli läheisen terveydentilasta, tulevaisuudesta ja toimeentulosta. Epävarma elämä, vuorovaikutuksen ennalta-arvaamattomuus, ristiriidat sekä sairastuneen valvominen siltä varalta, ettei hän pääse loukkaamaan itseään tai muita koettin vievän paljon omaisen voimavaroja. (Valvontatehtävien myötä suurempi riski uupumiselle)
- ▶ Jopa 38% omaisista masentuu. Kaksinkertainen riski sairastua masennukseen muuhun väestöön verrattaessa.
- ▶ Omaisen elämäntilanne läheisen sairastuessa on yleensä kuormittava ja pitkäkestoinen, eikä omaisella ole tilanteen muuttamiseksi juurikaan keinoja.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Omaisen hyvinvointia uhkaa leimaantuminen.
 - ▶ Edelleen yhteiskunnassamme vieroksuutaan psyykkisesti sairastuneita ja saman vierokunnan kohteeksi joutuvat usein heidän omaisensaakin.
 - ▶ Leimaantuminen saattaa näkyä omaisen arjessa esimerkiksi ystäväsuhteiden katkaisemista tai sitten omaisen itse vetäytyä sosiaalisista suhteistaan. Eristäytymisen saattaa johtua häpeästä, esim. hävettään olla erilaisia kuin muut perheet.
 - ▶ Läheisen sairastuminen vaikeaa asiaa puhua ulkopuolisille.
 - ▶ Varsinkin sairauten alkuvaiheessa perheen toimeentulomisen ja kullissien ylläpitäminen on raskasta.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Läheisen sairastumisen koettin vaikuttavan omaisen taloudelliseen tilanteeseen.
 - ▶ Sairastunut on usein sairaseläkkeen tai kuntoutustuen varassa.
 - ▶ Perheen elämäntilanne saattaa olla sellainen, ettei sairastumiseen olisi varaa.
 - ▶ Hankalaksi koetaan eläkepäätösten odottaminen ja myönnettyjen tukien saamisen viiväytyminen.
 - ▶ Raha-asioiden selvittely koetaan muutoinkin hankalassa tilanteessa raskaaksi ja mahdollisen toimeentulotuen hakeminen saattaa olla nyhryyttävää.
 - ▶ Usein omaiset eivät saa tarpeeksi tietoa ja apua taloudellisiin asioihin, kuten eläke tai sosiaaliturva kysymyksiin.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Hoitoon pääsemisen alkua voidaan omaisten puolesta kuvailla hengissä selviämisen ajaksi.
- ▶ Hoitoon toimittaminen saattaa olla hyvinkin dramaattinen tilanne omaiselle (ambulanssi, poltti, pakkohoito, itsetuhoisuus), jolloin siihen liittyy voimakkaita tunnereaktioita.
- ▶ Psykiatrin sairaala saattaa olla hämmäntävä sekä pelottava paikka ja siihen voi liittyä paljon ennakkoluuloja.
- ▶ Ikävä kyllä tällöin myöntelemisen, rohkaisun ja ymmärtämisen sijalla omainen jää usein täysin huomiotta ammattilaisten puolelta.
- ▶ Dg. saaminen voi olla helpotus. Mutta myös jossakin perheissä järkytys ja tuoda häpeää tai sitä ei välttämättä hyväksyä olevansa. Näissä tapauksissa usein pelätään leimaantumista ja luokitteleva hulluksi tai mielisairaaksi. Sairaalahoittoa voidaan jopa salailia lähipiiriltä.
- ▶ Sairastuneet ja omaiset usein syyttävät sairautesta itseään, joten todellisen tiedon antaminen sairaudesta on tärkeää.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Seuraavaksi perheissä alkaa vakiintumisen aika, jolloin edetään päivä kerrallaan.
- ▶ Odotella toipumista, eli lääkityksen ja hoidon vaikutusta sekä voimien kohentumista. Samalla omaiset käyvät läpi paljon tunteita, kuten surua ja pelkoa.
- ▶ Tunteet kulkevat sairastuneen tunteiden mukaan, kun sairastunut voi hyvin, niin voi omaisenkin ja toisinj. Samoin perheen toimintakyky voi kulkea sairastuneen toimintakyvyn mukaan.
- ▶ Perheen elämä saa sairastumisen myötä muuttuneen tarinan, jossa usein omaisen ja sairastuneen suhde muuttuu hoidolliseksi.
- ▶ Omaiselle kasautuva vastuu (raha-asiat, lapset, sairastuneen hoito ym.) saattaa herättää turhautuneisuutta tai vihamielisyyttä sairastunutta kohtaan. Negatiivista tuntemuksista on todella vaikea puhua ja ajatukset herättävät omaisissa syylisyyttä.
- ▶ Jopa 60% omaisista kertoo olevansa pysyväisesti kuormittunut ja tyytymätön omaan elämäänsä.

Mielenterveysongelman vaikutus omaisten elämään..

- ▶ Omaisen voi olla joskus hankala ymmärtää erityisen rajun tai vaikean sairauden aiheuttamaa muutosta läheisessä (tunteiden ilmaisun heikentyminen, kiinnostuneisuus, ympäristön havainnoinnin puutteellisuus, suunnitelmallisuuden vähentyminen ym.).
- ▶ Omaiset voivat kokea tämän välipitämättömyytenä, eikä niinkään sairauden oireena. Sairastunut läheinen saattaa tuntua vieraalta.
- ▶ Sairauden pysyvyystä on vaikea ymmärtää ja se aiheuttaa epävarmuutta omaisissa, koska sairaus onkin lopun elämää itsinä perheen arjessa.

Omaisten kokemuksia ja toiveita yhteistyöstä ammattilaisten kanssa

- ▶ Hoitoon pääseminen koettiin haastavaksi. Joutuu omaisen "tallettamaan" saatuaan hoitoa läheiselleen? Mielenterveyslaki määrittää tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit.
- ▶ Avoraho koettiin saatujen palveluiden osalta laadultaan hyväksi, mutta läheisen tarve tuelle oli kuitenkin enemmän, kuin avoraho pystyy tarjoamaan.
- ▶ Hyvä omaistyhteyden alkua omaisten huomioimalla. Kerrotaan hoitopaikasta, ratkotaan ennakkoluuloja ja pelkoja, annetaan tietoa, huomioidaan, kysytään mielipidettä.
- ▶ Useissa tutkimuksissa kävi ilmi, että tiedon saaminen, sen molemminpuolinen jakaminen ja avoimuus olivat omaisille tärkeitä asioita.
- ▶ 85 % omaisista kertoi kohdanneensa vuorovaikutusongelmia ammattilaisten kanssa. Omaiset kokivat, etteivät saaneet ammattilaisilta asiaan kuuluvaa tietoa läheisestään ja että heidät jätettiin hoidon ulkopuolelle.

Omaisten kokemuksia ja toiveita yhteistyöstä ammattilaisten kanssa..

- ▶ Tiedolla tarkoitetaan hyvin kokonaisvaltaista tietoa, jota omaiset kalpaavat sairauden alkuvaiheilta alkaen pitkälle kuntoutumiseen asti.
- ▶ Omaisten ensimmäisellä käynnillä osastolla tai yhteydenotolla on suuri merkitys yhteistyön alkamiselle. Omaiset toivovat perehdytystä osastoon ja sen toimintatapoihin. Tietopaketti osastosta esitehittsen muodossa?
- ▶ Lisäksi tietoa kalvataan sairastuneen voimista, sairaudesta, jota ei ymmärretä ja josta kysyminen on hankalaa. Kiinnostuneita ollaan myös sairauden hoidosta, kuten läkehoidosta ja psykososiaalisista hoitomuodoista sekä neuvoista, kuinka pärjätä sairastuneen kanssa sairaalahoidon jälkeen.
- ▶ Tietoa kalvataan sairauden vaikutuksesta arkeen ja sairastuneen toimintakykyyn sekä sairauden varomerkeistä, joiden tultua esiin osaisivat omaiset tilanteeseen puuttua.
- ▶ Omaiset kalpaavat myös tietoa mahdollisuuksista verkostoitua samaa kokeneiden kanssa, mm. omaistyhdistykset.
- ▶ Omaiset arvostavat ammattilaisia, jotka ovat myöskintuntoisia, avoimia, halukkaita kuuntelemaan ja aloittivat yhteydenpidon omaisen kanssa.

Omaisten kokemuksia ja toiveita yhteistyöstä ammattilaisten kanssa..

- ▶ Omaiset kokivat hoitoneuvotteluihin osallistumisen tärkeänä ja hyvänä väylänä saada tietoa läheisen tilanteesta.
- ▶ Hoitoneuvotteluista odotetaan vuoropuhelua.
- ▶ Sopivasti ammattilaisia, ei keskenään puhelua.
- ▶ Omaisten mielipiteen huomioimista.
- ▶ Ammattilaisten tulee selvittää jalko omaiselle jotakin epistevää hoitoneuvottelussa käydyistä asioista ja salko hän kysyttyä kaiken tarpeellisen.
- ▶ Rehellisen tiedon saamista hoidon tilanteesta sekä yhdessä sairastuneen, ammattilaisten ja omaisten kesken hoidon suunnittelua arvostetaan, jonka koetaan tuovan hoitoon avoimuutta.
- ▶ Skitsofrenian käypä hoito -suosituksessa (2015) mainitaan hoitosuunnitelman tekemisen yhdessä sairastuneen omaisten ja läheisten kanssa olevan tärkeä psykososiaalisen interventtion muoto.

Omaisten kokemuksia ja toiveita yhteistyöstä ammattilaisten kanssa..

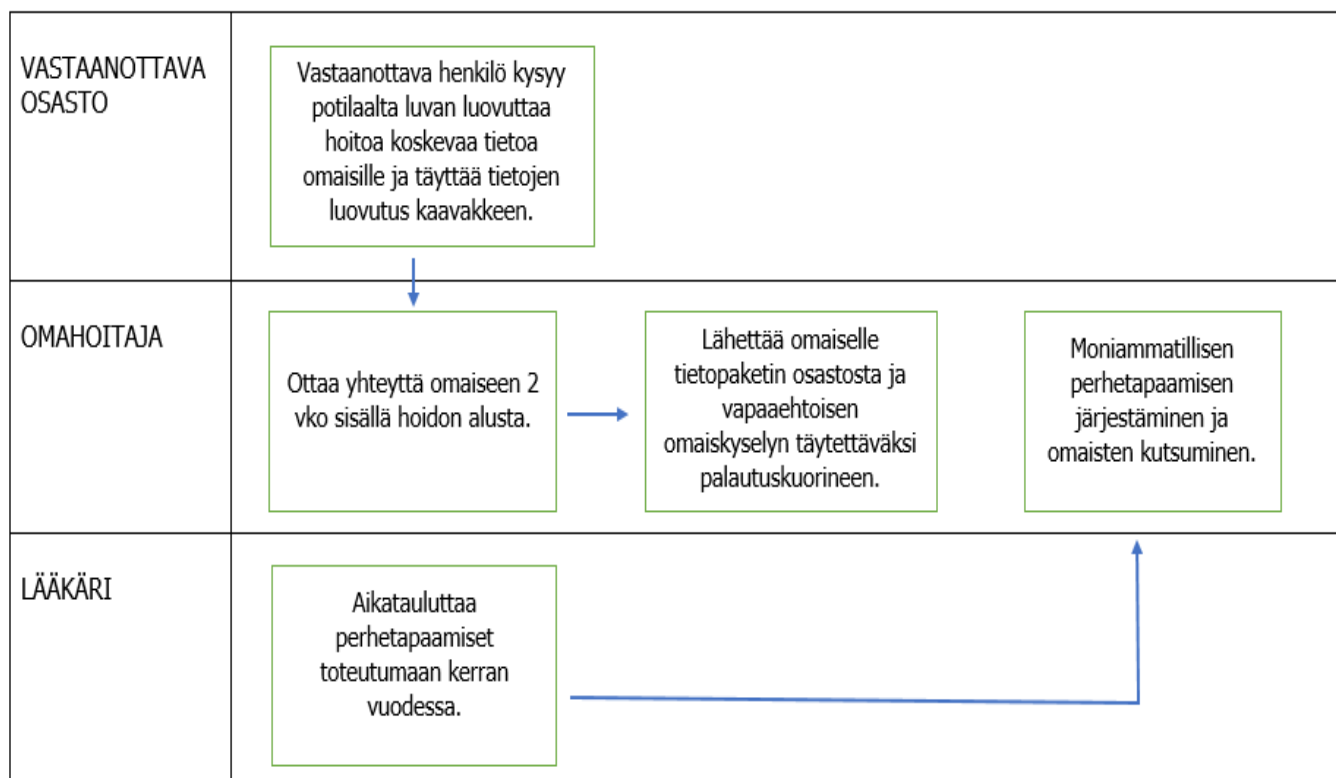
- ▶ Omaisille on tärkeää päästä keskustelemaan hoitajien kanssa.
- ▶ Keskusteluille kalvattiin enemmän aikaa ja mahdollisuuksia. Keskustelut jäivät usein lyhyiksi tapaamisiksi ja jättivät omaisille kysymyksiä mietittäväksi.
- ▶ Lääkärien kohtaamista toivottiin enemmän.
- ▶ Omaiset toivoivat ammattilaisten kanssa kahden kesken pääsevänsä kertomaan ennen hoitoa tapahtuneista tapahtumista sekä keskustelua myös itsensä vuoksi. Kahdenkeskisellä keskustelulla omaiset halusivat säästää sairasta läheistään kuormittamatta tätä omilla kokemuksillaan, jota ammattilaiselle haluaa kertoa tai luokkasi läheistään kokemillaan tunteilla tai ajatuksillaan.
- ▶ Omaiset kokivat ammattilaisten tuen tarpeen olevan tärkeää kaikissa elämäntilanteissa, eikä vain sillä hetkellä, kun läheinen sairastuu.

Omaisten kokemuksia ja toiveita yhteistyöstä ammattilaisten kanssa..

- ▶ Omahoitajan merkitystä korostettiin ja omaiset kokivat saavansa parhaimman tuen itselleen sairastuneen läheisensä omahoitajalta.
- ▶ Empaattinen, kuunteleva ja kiinnostunut ammattilainen koettiin toivottavana.
- ▶ Yksilöllisen hoidon toteuttamista ja ammattilaisen kiinnostusta hoitosuhteeseen arvostettiin.
- ▶ Omahoitajakeskusteluun osallistuminen olisi ollut mielestä ja itta-aikaan tapahtuviin keskusteluihin osallistuminenkin helppoa.

LIITE 2: OMAISYHTEISTYÖN ALOITTAMISEN PROSESSI

OMASYYHTEISTYÖN ALOITTAMISEN PROSESSI



LIITE 3: TIETOA OMAISILLE -ESITE



OSASTO 8

Osasto 8 on miesten vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osasto, jossa hoidetaan hoidon alkuvaiheessa olevia potilaita. Osastolla on 23 potilaspaikkaa.

HOITOMUODOT

Osasto 8:lla käytetään psykiatrisessa hoidossa yleisesti käytettyjä hoitomuotoja. Potilaiden hoitoa suunnitellaan yksilöllisesti moniammatillisessa työryhmässä. Myös perhehoitotyö on merkittävä osa kuntoutusta. Omaisten toivotaan osallistuvan hoitosuunnitelmien laadintaan ja perheneuvotteluihin. Lisätietoja saa osaston henkilökunnalta. Lääkehoidon lisäksi psykososiaalisina hoitomuotoina käytetään esimerkiksi:

Hoidosuhteyöskentely

Jokaisella potilaalla on kaksi nimettyä hoitajaa, jotka tukevat potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Omahahoitaja keskustelelee säännöllisesti potilaan kanssa ja hoitaa potilaan asioita yhdessä työryhmän kanssa. Kontaktihoitaja toimii omahoitajan sijaisena lomakoina.

Yhteisöhoito

Yhteisöhoitotehtävät ovat pienimuotoisia, oman kodin arkipäiväiseen kunnossapitoon liittyviä askareita, joista saa pientä ahkeruusrahaa.

Työterapia

Työterapiaan tutustuminen on mahdollista pienryhmissä. Työterapia aloitetaan lyhyistä, pari kertaa viikossa kokoontuvista ryhmistä ja siinä on mahdollista edetä kokopäiväiseen työterapiaan.

Toimintaterapia

Osastolla on oma toimintaterapeutti, jonka perustehtäviä ovat toimintakyvyn arviointi, yksilöllinen toimintaterapia sekä erilaisten ryhmien järjestäminen hoitohenkilökunnan kanssa.

HARRASTUSTOIMINTA

Osastolla järjestetään mm. liikuntaa, kulttuurin ja musiikkiin liittyvää toimintaa vuodenajat ja ajankohtaiset tapahtumat huomioiden. Lisäksi osastolla on mm. pingispöytä ja Play Station 3 -pelikone.

TULIAISET

Mahdolliset rahamuistamiset pyydetään suorittamaan suoraan potilaiden omille tileille. Tavara- ja elintarviketuliaisia pyydetään välttämään rajallisten säilytystilojen vuoksi.

VIERAILUT

Omaiset ovat tervetulleita vierailuille! Vierailuista sovitaan etukäteen osaston henkilökunnan kanssa. Vierailut tapahtuvat useimmiten hoitajan läsnä ollessa osaston päädyn tapaamistilassa tai sairaala-alueella.

YHTEYSTIEDOT

Ottakaa rohkeasti yhteyttä, mikäli teillä on kysyttävää omaisenne hoidosta.

Vastaamme kysymyksiinne vaihtolovelvollisuuden puitteissa.

- kanslia/hoitajat
p. 0295 242 381
- potilaspuhelin
p. 0295 242 382
- osaston lääkäri
Minna Kuronen
p. 0295 242 373
- osastonhoitaja
Ulla Heiskanen
p. 0295 242 383



YLEISTÄ VIERAILUISTA

Vierailut on hyvä ilmoittaa henkilökunnalle mahdollisimman hyvissä ajoin, jotta vierailuiden toteutuminen pystytään järjestämään sujuvasti. Vierailut sovitaan lääkärin ja henkilökunnan kanssa. Vierailujen yhteydessä vierailijoita pyydetään todistamaan oma henkilöllisyytensä, joten henkilöllisyystodistus tulisi olla mukana vierailuun saapuessa. Vierailut sairaalassa tulee myös toteuttaa täysin päihteettömänä. Osaston vierailutilassa on tallentamaton kameravalvonta.

Vierailut suoritetaan mielellään klo. 8-14.30 välisenä aikana. Vierailut ovat kestoaltaan pääsääntöisesti 1h pituisia.

Tuliaiset ja paketit tarkistetaan ja tarkistamisen jälkeen luovutetaan potilaalle käyttöön. Tuliaisten suhteen on kuitenkin hyvä huomioida, että osastolla tietyt esineet ovat kiellettyjä turvallisuussyiden vuoksi. Sairaalassa toimii Potilaiden tuki ry:n ylläpitämä kanttiini, josta voi ostaa tuliaisia tai jossa voi käydä kahvilla. Potilaat eivät saa osastolle käyttöönsä esimerkiksi

- Teräaseita
- Päihteitä
- Nuuskaa
- Tulentekovälineitä
- Purukumia
- Elintarvikkeita vain rajallisesti säilytystilojen vuoksi

Voit aina kysyä osaston henkilökunnalta neuvoa tuliaisten suhteen.



VIERASHUONE

Sairaalassa on omaisten ja läheisten käytössä vierashuone, joka helpottaa pitkän matkan takaa vierailujen onnistumista.

Ohje vierashuoneen käytöstä:

- Vierashuone varataan ilmoittamalla tulevasta vierailusta ja mahdollisesta majoitustarpeesta potilasta hoitavalle osastolle
- Vierashuoneen osoite on ~~Niuvankuja~~ Niuvankuja 65 E 2, 70240 Kuopio
- Vierashuone on tarkoitettu ainoastaan lyhytaikaiseen majoitukseen vierailun ajaksi, joten varaus on 1-3 yötä.
- Huoneessa on kaksi sänkyä ja lisäpatjat 2 kpl, TV, kahvinkeitin, jääkaappi, sähköliesi, suihku, wc, pakastin
- Vierashuone on mitoitettu maksimissaan neljälle yöpyjälle
- Astiat: paistinpannu, kattiloita ja ruokailuvälineet
- Vuorokausi maksaa 20 € / huone / vrk
- Osastolta saa huoneeseen puhtaat linavaatteet ja pyyhkeet, käytetyt linavaatteet toimitetaan takaisin osastolle.
- Asiakas huolehtii pois omat jälkensä
- Vierashuoneen käyttöoikeus alkaa klo 14.00 ja huone luovutetaan klo 12.00
- Lemmikkieläimiä ei saa tuoda vierashuoneeseen
- Avain palautetaan käytön jälkeen osastolle



RUOKAILEMINEN

Vierailujen yhteydessä ruokaileminen onnistuu sairaalan ruokalassa, joka sijaitsee keskellä sairaala-aluetta. Tarjolla on aamupala ja lounas.

Aamupala tarjoillaan klo. 6.45–7.30 ja on hinnaltaan 4.00€

Lounas tarjoillaan klo. 10.30–13.20 ja on hinnaltaan 9.50€

Alle 15 -vuotiaiden lounas maksaa 5.80€

Tervetuloa ruokailemaan sairaalan ruokalaan!

POTILAAN HOITOA KOSKEVAA TIETOA

TIETOJEN LUOVUTUS:

Jokaisella henkilöllä on oikeus päättää itse siitä kenelle hänen hoitoaan ja terveydentilaansa koskevaa tietoa saa luovuttaa. Osastolla 8 me tuemme potilaita perhekeskeisyyteen ja tukiverkoston ylläpitämiseen omaisten kanssa.

Joskus potilaat kuitenkin päätyvät siihen ratkaisuun, ettei heidän tietojaan saa luovuttaa kenellekään. Näissä tapauksissa henkilöstö ei voi rikkoa vaitiolovelvollisuutta ja jakaa potilaan asioita edes omaisten kanssa. Kaikki potilaan hoitoa ja terveydentilaa koskeva tieto on silloin kysyttävä häneltä itseltään. Henkilöstö voi kuitenkin kertoa yleisesti osastomme toiminnasta ja antaa tietoa yleisellä tasolla, esimerkiksi sairauksista. Mielellämme myös kuuntelemme omaisten kertomaa, vaikka emme voi hoitoa kommentoida. Potilaalla on oikeus muuttaa päätöstään tietojen luovuttamisesta.

PERHETAPAAMISET:

Osastollamme on mahdollisuus järjestää perhetapaamisia, joissa omaiset, potilas ja potilasta hoitava henkilöstö voivat yhdessä tavata ja käydä läpi hoidon nykytilannetta. Perhetapaamisissa on myös oiva mahdollisuus yhdessä suunnitella tulevaisuutta sekä omaisten saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Perhetapaamiset ovat osa potilaan kokonaisuhoitoa ja niitä pyritään järjestämään vähintään kerran vuodessa. Omaiset voivat tuki itsekkin ehdottaa järjestettäväksi perhetapaamista.

POTILAAN HOITOA KOSKEVAT LAIT JA SÄÄDÖKSET:

Potilaan hoitoa määrittää hoitoa koskevat lait ja säädökset. Alle on listattu hoitoamme koskevia lakeja ja säädöksiä, joihin voitte tutustua tarkemmin osoitteessa www.finlex.fi

Suomen perustuslaki 2 luku Perusoikeudet, mielenterveyslaki ja -asetus, laki ja asetus valtion mielisairaaloista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, kansainvälinen ihmisoikeussopimus (Asetus 8/1976 kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen sekä siihen liittyvän valinnaisen pöytäkirjan voimaansaattamisesta), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, potilasvahinkolaki, yhdenvertaisuuslaki, tasa-arvolaki, laki holhoustoimesta, rikoslaki.

KENELTÄ KYSYÄ MITÄKIN?

Omaisten mieleen tulee usein hoidon aikana paljon kysymyksiä sekä asioita joihin haluaisi selvennystä. Niuvanniemen sairaalassa potilaan hoidosta vastaa kattava ja moniammatillinen henkilöstö. Potilaan hoitoa koskevaa tietoa löytyy myös osoitteesta www.niuvva.fi

Alla olevassa taulukossa näette yhteenvedon siitä keneen voitte olla yhteydessä hoitoon liittyvissä asioissa.

OMAHOITAJA / OSASTON MUU HENKILÖKUNTA	OSASTON- LÄÄKÄRI	SOSIAALITYÖN- TEKIJÄ / POTILASIASIAMIES	PSYKOLOGI
Vointi ja kuulumiset	Lääkitys	Taloudelliset kysymykset	Psykologin tutkimukset
Hoitosuhtedetyöskente- lystä	Vointi	Kelan etuudet	Hoitosuhtedetyöskente- lystä
Hoitomuodot	Hoitomuodot	Hoitoa koskevat huomautukset	Tietoa sairaudesta
Hoitosuunnitelma	Hoitosuunnitelma	Edunvalvonta	
Tietoa sairaudesta	Tietoa sairaudesta	Tulkkauspalvelu	
Tietoa Niuvanniemen sairaalasta	Matkakorvaukset	Potilaan oikeusturva	
Vierailukäytännöt			
Perhetapaamisten järjestäminen			

Sosiaalityöntekijä/potilasasiamies Markku Kekäläinen, p. 02 95 242 453.

Psykologiin saa yhteyden osaston kautta.

TIETOA OMAISYHDISTYKSISTÄ JA VERTAISTUESTA

Omaiset usein kaipaavat vertaistukea ja ymmärrystä omaisena olemiseen ja selviämiseen. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami on mielenterveyskuntoutujien omaisten ja -omaishoitajien valtakunnallinen edunvalvoja ja omaistyön asiantuntijaorganisaatio. Järjestöön kuuluu keskusliiton lisäksi 17 alueellista jäsenyhdistystä ympäri Suomen. Jäsenyhdistykset tarjoavat tietoa, tukea ja neuvontaa mielenterveyskuntoutujien omaisille.

Jäsenyhdistykset tukevat toimintansa kautta mielenterveysomaisia ja kehittävät alueellista omaistoimintaa. Omaisyhdistykset järjestävät mielenterveysomaisille muun muassa toimintaryhmiä, kursseja, tapahtumia ja lomatoimintaa. Omaisten vertaisryhmissä omaiset voivat jakaa kokemuksiaan, saada tietoa psyykkisistä sairauksista ja oppia hyödyntämään voimavarojaan.

Lisää tietoa saa osoitteesta: www.finfami.fi , josta löydät myös oman asuinalueesi jäsenyhdistyksen.

**KUN YKSI
SAIRASTUU
MONEN MAAILMA
MUUTTUU.**

Et jää yksin.



FinFami



KULKUYHTEYDET



Etäisyys keskustasta 4,5 km

Etäisyys lentokentältä 16,5km

Kuopion liikenteen linja-auto nro 20 liikennöi Niuvanniemen sairaalaan



Neuvonta sijaitsee rakennuksessa 1

Osasto 8 sijaitsee rakennuksessa 7

Vierashuone sijaitsee E talossa